ARZT-PATIENT-KOMMUNIKATION IN THAILAND

eine Analyse der verbalen Interaktion in Arzt-Patient-Konsultationen

INAUGURAL – DISSERTATION

zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Philosophie
der Philosophischen Fakultät
der Universität des Saarlandes

vorgelegt von

Armin M.F. Goldschmidt
aus Kurtwitz/Schlesien

1980

Saarbrücken 1981

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547303_0009

ARZT-PATIENT-KOMMUNIKATION IN THAILAND

eine Analyse der verbalen Interaktion
in Arzt-Patient-Konsultationen

I N A U G U R A L - D I S S E R T A T I O N

zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Philosophie
der philosophischen Fakultät
der Universität des Saarlandes

vorgelegt von
Armin M.F. Goldschmidt
aus Kurtwitz/Schlesien

Saarbrücken 1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan : Prof. Dr. G. Hummel

Berichterstatter: Prof.Dr. E.E. Boesch
Prof.Dr. L. Schmidt

Tag der letzten Prüfung: 2.6.1980

"Man's power over nature is really
the power of some men over other
men with nature as their instrument."
C.S. LEWIS, zit. in ZOLA, 1975,p.182

VORWORT

Die vorgelegte Arbeit wurde im Rahmen des Projektes "Arzt-Patient-Kommunikation in Thailand" durchgeführt. Träger dieses Projektes waren die Deutsche Forschungsgemeinschaft über den Sonderforschungsbereich 16 "Südasien" und die Sozialpsychologische Forschungsstelle für Entwicklungsplanung an der Universität des Saarlandes.

Das Projekt zur Arzt-Patient-Kommunikation basiert auf den Überlegungen über die Funktion von Elitegruppen, wobei besonders die dienstleistenden Eliten (wie Lehrer und Ärzte) wegen ihres ständigen Kontaktes zur übrigen Bevölkerung als Informations- und Innovationsvermittler eine bedeutende Rolle im sozialen Wandlungsprozeß innehaben. Zusätzlich besitzt ihre Lebensführung, privat wie im Beruf, Modellcharakter.

Die Informationen der Ärzte beziehen sich in erster Linie auf die Diagnose und Therapie von Erkrankungen, aber auch auf deren Prophylaxe. Sekundär fließen dabei auch Anstöße zu Innovationen im Hygiene-, Ernährungs- und Arbeitsbereich mit ein. Auf der Empfängerseite stehen die Patienten mit ihrer mehr oder weniger vorhandenen Bereitschaft, die Informationen aufzunehmen.

Das Projekt unter Leitung von Prof. Dr. E. Boesch und unter Mitarbeit des Ethnologen Dr. Hinderling, der Diplom-Psychologen Höfer und Dr. Schneider, der Linguistin Frau Wacharakul sowie des Autors war konzipiert worden, um den komplexen Kommunikationsprozeß zwischen Arzt und Patient am Falle Thailands zu untersuchen. Hierzu sollten Einstellungen, Erwartungen und Beurteilungen bei Ärzten und Patienten zum jeweiligen Partner, zur Erkrankung und

zur eigenen Situation erhoben werden. Gleichlaufend sollte die Interaktion selbst aufgezeichnet werden. Um nicht nur die Kommunikation im modernen medizinischen Sektor zu erfassen, führte Dr. Hinderling eine Untersuchung im Bereich der traditionellen Medizin durch.

Zum Zeitpunkt der Planung war an einen Vergleich der Kommunikation zwischen Arzt und Patient in der Bundesrepublik Deutschland und in Thailand gedacht. Diese Absicht mußte aber aufgegeben werden, als sich die großen Schwierigkeiten herausstellten, die zu jener Zeit auftraten, wenn Außenstehende oder Nichtmediziner versuchten, eine Genehmigung für eine derartige Untersuchung in deutschen Krankenhäusern oder Universitätskliniken zu erlangen.

Auch ohne die vergleichenden Aspekte wird es dem mit der Arzt-Patient-Problematik vertrauten Leser keine Mühe bereiten, eine deutlische Parallelität festzustellen zwischen den Bedingungen, wie wir sie in thailändischen Krankenhäusern antrafen und den Verhältnissen in bundesrepublikanischen Krankenhäusern. In manchen Passagen dürfte es direkt schwerfallen, sich in Erinnerung zu rufe daß die Untersuchung nicht in der Bundesrepublik, sondern in einem südostasiatischen Land durchgeführt wurde.

Ich danke meinem verehrten Lehrer, Prof. Dr. Ernst E. Boesch, für die großzügige zeitliche und wissenschaftliche Förderung dieser Arbeit. Er hat mein Interesse an der Kulturpsychologie geweckt und in ständiger Diskussionsbereitschaft das Verständnis für sie gefördert. Seine Aussagen zu einer ökologischen Psychologie bilden die Basis für diese Arbeit. Prof. Lothar Schmidt bin ich für sein Interesse dankbar, das er für die Arbeit gezeigt hat.

Die Kollegen der Sozialpsychologischen Forschungsstelle für Entwicklungsplanung haben mich durch Übernahme allgemeiner Pflichten und Aufgaben unterstützt. Ganz besonderer Dank gebührt Frau W. Wacharakul für ihre Mitarbeit bei Aufnahme und Verkodung der Daten wie für ihre Hilfe in allen Fragen zur thailändischen

Sprache und Kultur. Frau B. Frankenhauser danke ich für ihre unermüdliche Unterstützung und Kritik bei Niederschrift des Manuskripts, Frau M. Jochem danke ich für die Korrektur des Manuskripts.

Nicht zuletzt sei in Thailand und Deutschland allen jenen gedankt, die direkt zum Entstehen dieser Arbeit beigetragen haben, den Patienten, Ärzten, staatlichen Behörden, Mitarbeitern und Kollegen, für die stellvertretend genannt seien: Dr. J. Schneider, Dipl.-Psych. B. Höfer, Dipl.-Phys. B. Kett und Dipl.-Inf. Alwine Schmitt. Die ständige Bereitschaft der Mitarbeiter des Rechenzentrums der Universität des Saarlandes sei hier dankend erwähnt.

Meiner Frau Asli danke ich besonders für ihre Unterstützung, Ermutigung und Opferbereitschaft in den Jahren des Entstehens dieser Arbeit.

Die Arbeit ist meinen Eltern gewidmet in Gedenken an ihr Bemühen, auch in entbehrungsreichen Jahren gute Voraussetzung für meinen Werdegang zu schaffen.

VORWORT

		Seite
1.	EINLEITUNG UND STANDORT DER ARBEIT	1
2.	THEORETISCHER TEIL	5
2.1	KOMMUNIKATION UND INTERAKTION - EIN ALLGEMEINER ÜBERBLICK	5
2.1.1	Kommunikation als regeltechnische Einrichtung	5
2.1.2	Kommunikation als Beeinflussung unter dem Kosten-Nutzen-Aspekt	7
2.1.3	Sprache, Kommunikation und Kooperation (Handeln)	10
2.1.4	Soziale Interaktion im Alltag	16
2.1.5	Die institutionelle Interaktion	16
2.1.6	Abriß der Kommunikations- und Interaktionsmodelle und Wahl eines pragmatischen Informationsbegriffs	17
2.2	EINGRENZUNG DES ARBEITSBEREICHS: DIE ARZT - PATIENT-INTERAKTION	19
2.2.1	Arzt-Patient-Interaktion als sozialer Austausch	24
	2.2.1.1 Ressourcenaustausch	24
	2.2.1.2 Bargaining	28
2.2.2	Die Information in der Arzt-Patient-Interaktion	30
2.2.3	Zusammenfassung und Zielsetzung	33
2.3	DIE ARZT-PATIENT-INTERAKTION ALS ENTSCHEIDUNGS-PROZESS MIT SEQUENTIELLEM CHARAKTER	36
2.3.1	Theorie der Reihenfolge, einige methodische Überlegungen zur Sequenz- oder Phasenanalyse	39
2.3.2	Die Sequenz des Arzt-Patient-Gesprächs	43
2.4	VORBEMERKUNGEN ZUM EMPIRISCHEN TEIL	53
2.4.1	Das Zustandekommen der Arzt-Patient-Interaktion	53
2.4.2	Die situationale Einbettung der Arzt-Patient-Interaktion	55
2.4.3	Die institutionale Einbettung der Arzt-Patient-Interaktion	59
2.4.4	Die soziale Einbettung der Arzt-Patient-Interaktion	64
2.4.5	Status und Interaktion	67
2.4.6	Krankheitsbild und Interaktion	72

3. METHODIK 73

3.1 PLANUNG UND DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG 73

3.2 BESCHREIBUNG DER STICHPROBEN 75

3.2.1 Auswahl der Krankenhäuser 75

3.2.2 Auswahl der Ärzte 76

3.2.3 Auswahl der Patienten 77
3.2.3.1 Alter und Geschlecht der Patienten 77
3.2.3.2 Berufsverteilung der Patientenstichprobe 78
3.2.3.3 Häufigkeit der Krankenhausbesuche 80
3.2.3.4 Krankheitsbilder der Patienten 81
3.2.3.5 Distanz zum Krankenhaus und Transportmittel 82

3.3 DAS ARZT-PATIENT-GESPRÄCH: DAS DATENMATERIAL UND SEINE BEARBEITUNG (BESCHREIBUNG UND AUSWERTUNG) 86

3.3.1 Überlegungen zum Problem der Analyseeinheiten 86

3.3.2 Aufzeichnung der Arzt-Patient-Interaktion 91

3.3.3 Zur Transkription der Konsultationstexte 94

3.3.4 Die Entwicklung des Analyseschemas 97
3.3.4.1 Das Arzt-Patient-Gespräch: Phasen und Inhalte 97
3.3.4.2 Das Arzt-Patient-Gespräch und seine Modalitäten 104
3.3.4.3 Die sozial-verbalen Verhaltensweisen im Arzt-Patient-Gespräch 105
3.3.4.4 Textlänge und Pausendauer im Arzt-Patient-Gespräch 106

3.3.5 Kodierung und Zuverlässigkeit der Auswertung, EDV 109

3.4 INHALTSANALYSE: DATEN UND ERGEBNISSE 111

3.4.1 Überblick über die Daten 111
3.4.1.1 Überblick über inhaltliche Variablen 111
3.4.1.2 Der Zusammenhang von Arzt- und Patientenäußerungen 115
3.4.1.3 Überblick über formale Variablen 120

3.4.2 Der Einfluß der Patienten auf das Konsultationsgespräch 121
3.4.2.1 Kenntnis des Krankenhauses und Konsultationsgespräch 122
3.4.2.2 Variablen der Konsultationsgespräche unter Berücksichtigung des Patientengeschlechts 132
3.4.2.3 Der Einfluß des Patientenalters auf die Konsultationsgespräche 136
3.4.2.4 Der Einfluß des Berufs von Patienten auf das Konsultationsgespräch 141
3.4.2.5 Der Einfluß des Krankheitsbildes auf das Konsultationsgespräch 152

3.4.3 Der Einfluß des Krankenhauses auf das Konsultationsgespräch 164

3.4.4 Zusammenfassung 170

3.5 STRUKTURANALYSE: DIE PHASEN DES KONSULTATIONS-GESPRÄCHS 173

3.5.1 Ergebnisse der Phasenuntergliederung 173

3.5.2 Die Gesprächsstruktur bei Erst- und Folgepatienten 186

3.5.3 Die Gesprächsstruktur bei Patienten unterschiedlicher Symptomatik 194

3.5.4 Zusammenfassung 197

3.6 SEQUENZANALYSE VON KONSULTATIONSGESPRÄCHEN: DIE AUFEINANDERFOLGE VON INHALTEN IM KONSULTATIONS-GESPRÄCH 200

3.6.1 Einzelfragestellungen zu Sequenzmaßen 213

3.6.1.1 Arztalter und Sequenzmaße 213
3.6.1.2 Die Symptome der Erstpatienten 217
3.6.1.3 Die Berufe der Patienten 220
3.6.1.4 Die Krankenhäuser 222

3.6.2 Zusammenfassung 222

3.7 INTEGRATIVER ANSATZ ZUR DATENANALYSE: CLUSTERANALYSE ZUR KLASSIFIZIERUNG VON ARZT-PATIENT-GESPRÄCHEN 224

3.7.1 Die Clusteranalyse der Konsultationsgespräche 224

3.7.2 Beschreibung der Cluster 234

3.7.3 Verhaltensbeobachtung und Clustergruppen 239

3.7.4 Einzelfalldarstellung 244

Beispiele der Clustergruppe 1 (712/11;713/23;921/39)
Beispiele der Clustergruppe 2 (431/02;031/04)
Beispiele der Clustergruppe 3 (171/06;312/03)
Beispiele der Clustergruppe 4 (351/01;841/02)
Beispiele der Clustergruppe 5 (141/20;141/08;281/03)

3.7.5 Zusammenfassung 288

3.8 DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND FOLGERUNGEN 296

LITERATURVERZEICHNIS

ANHANG

VERZEICHNIS DER TABELLEN

No.		Seite
1	Ärztliche Versorgung in Thailand	62
2	Arztanteil am Konsultationsgespräch: Summen, Prozentverteilung und Mittelwerte von Inhaltsäußerungen, von Textlängen und von der Anzahl der Gespräche, in denen sie geäußert wurden	116
3	Verwendungshäufigkeit prognostischer Inhalte im Arzt-Patient-Gespräch durch den Arzt	117
4	Patientenanteil am Konsultationsgespräch: Summen, Prozentverteilung und Mittelwerte, von Inhaltsäußerungen, von Textlängen und von der Anzahl der Gespräche, in denen sie geäußert wurden	118
5	Übersicht über durchschnittliche Verwendungshäufigkeit und Länge der Inhaltskategorien in Arzt-Patient-Gesprächen (Gesamtstichprobe N = 2360 Patienten und 60 Ärzte)	119
6	Mittelwerte, Streuungen und Signifikanzprüfung der Mittelwertsdifferenzen von Arztäußerungen bei Patientenstichproben, die durch Besuchshäufigkeit und Geschlecht charakterisiert sind	124 125
7	Mittelwerte, Streuungen und Signifikanzprüfung der Mittelwertsdifferenzen von Patientenäußerungen bei Stichproben, in denen die Patienten durch Besuchshäufigkeit und Geschlecht charakterisiert sind	126, 127
8	Mittelwerte, Streuungen und Signifikanzprüfung der Mittelwertsdifferenzen von formalen Variablen bei Patientenstichproben, die durch Besuchshäufigkeit und Geschlecht charakterisiert sind	128, 129
9	Mittelwertsverteilung formaler Variablen bei ausgewählten Stichproben (Erst- und Folgepatienten, männlich und weiblich)	133
10	Prüfung der Mittelwertsdifferenzen zwischen ausgewählten Stichproben	133
11	Prüfung der Mittelwertsdifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen der Konsultationsgespräche nach Altersgruppierung der Patienten	137
12	Altersverteilung nach Symptomen	139
13 a	Altersverteilung nach Symptomen von Erst- und Folgepatienten (Gesprächsdauer - 31 Sek.)	140
13 b	Prüfung der Altersverteilung bei Patienten der Symptomgruppe 4 (Psychogene Syndrome) und 3 (Nervenleiden)	140

TABELLEN

14	Gruppenumfänge, Mittelwerte und Standardabweichungen der Patientenstichprobe bei formalen Variablen	145
15	Prüfung der Mittelwertsdifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen von Konsultationsgesprächen mit Patienten, die nach Berufen gruppiert wurden	147
16	Prüfung der Mittelwertsdifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen von Konsultationsgesprächen mit Erstpatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden	156
17	Prüfung der Mittelwertsdifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen von Konsultationsgesprächen mit Folgepatienten, nach Symptomen gruppiert	157
18	Prüfung der Mittelwertsdifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen der Erstpatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden	159
19	Prüfung der Mittelwertsdifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen der Folgepatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden	160
20	Prüfung der Mittelwertsdifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen der Ärzte in Konsultationsgesprächen mit Erstpatienten, die nach Krankenhaus gruppiert wurden	166
21	Prüfung der Mittelwertsdifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen der Ärzte in Konsultationsgesprächen mit Folgepatienten, die nach Krankenhaus gruppiert wurden	167
22	Prüfung der Mittelwertsdifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen der Folgepatienten, die nach Krankenhaus gruppiert wurden	168
23	Prüfung der Mittelwertsdifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen der Erstpatienten, die nach Krankenhaus gruppiert wurden	169
24	Gesamttextlänge (cm) der Ärzte in allen Gesprächen, angeordnet nach Phasen und innerhalb der Phasen nach Inhaltsgruppen (N=2360)	177
25	Äußerungshäufigkeit von Inhalten durch Ärzte, angeordnet nach Phasen und innerhalb der Phasen nach Inhaltsgruppen in 2360 Gesprächen	177

TABELLEN

26	Übersicht über durchschnittliche Verwendungshäufigkeit und Textlänge der Inhaltskategorien in Arzt-Patient-Gesprächen bei variierender Patientenzahl in drei Phasen (N Ärzte = 60)	181
27	Gesprächsinhalte und ihre Verteilung auf Phasen bei männlichen und weiblichen Erst- und Folgepatienten	187
28	Verteilung signifikanter Mittelwertsdifferenzen von Gesprächsinhalten	187
29	Vergleichende Darstellung der durchschnittlichen Arztäußerungen nach Häufigkeit, Textlänge und Ausführlichkeit für einzelne Gesprächsphasen (N_{Ptn} = 2360, N_{Drs} = 60)	193
30	Vergleichende Darstellung der durchschnittlichen Arzt-Äußerungen nach Häufigkeit, Textlänge und Ausführlichkeit für einzelne Gesprächsphasen bei Erstpatienten (N=908) und Folgepatienten (N=694)	193
31	Die Häufigkeit der Aufeinanderfolge von Inhalten in Konsultationsgesprächen	203
32	Die Aufeinanderfolge von Inhalten, ausgedrückt im Prozentwert ihrer Auftretenshäufigkeit	204
33	Interkorrelationen der Interaktionsdauer (IAD), Textlänge (TL), Inhaltsmenge (INHM) und Abweichungsindices, (N=2360).	208
34	Überprüfung von Mittelwersdifferenzen für Sequenzmaße bei ausgewählten Stichproben (Mittelwerte, Standardabweichungen und Gruppenumfänge)	210, 211
35	Mittelwertsvergleich von Sequenzmaßen bei Gruppierung von Erstpatienten-Gesprächen nach Alter der Ärzte	215
36	Patientenverteilung nach Altersgruppen von Ärzten und Mittelwerte der Meßvariable GABW	216
37	Prüfung der Mittelwertsdifferenzen von Sequenzmaßen bei unterschiedlichem Krankheitsbild (Erstpatienten)	217

TABELLEN

38	Analyse der Haupteffekte der Faktoren Symptome und Berufe von Erstpatienten	221
39	Signifikanz und Varianzanteil der Diskriminanzfunktionen	231
40	Verteilung von Sprechstunden über Clustergruppen und Krankenhäuser	235
41	Mittelwertsvergleiche von formalen Variablen für die Ärzte-Clustergruppen	237
42	Prozentuale Verteilung der Textlängen von Ärzten auf Gesprächsinhalte	237
43	Prozentuale Verteilung von Inhaltsbereichen in den Gesprächsphasen	240
44	Durchschnittliche Größe relativierter Sequenzmaße (bezogen auf Inhaltselemente) der Ärzte-Clustergruppen	240
45	Übersicht über die soziodemographischen Angaben von Patienten, deren Gespräch mit dem Arzt als typisch für die Clusteranalyse-Gruppen ausgewählt wurden	247

VERZEICHNIS DER DIAGRAMME

No.		Seite
1	Durchschnittliche Verteilung der Textlänge ausgewählter Inhalte für Patienten unterschiedlicher Kenntnis des Krankenhauses und unterschiedlichen Geschlechts und für Ärzte	135
2	Graphische Darstellung der Mittelwerte aus der 2-faktoriellen Varianzanalyse für Berufe und Symptome	162
3	Durchschnittliche Textlänge von Inhaltsbereichen pro Phase für die Gesamtstichprobe (N=2360), Gespräche mit Erstpatienten (N=1121) und Folgepatienten (N=831)	178
4	Durchschnittliche Textlänge von Inhaltsbereichen pro Phase für die Gesamtstichprobe (N=2360), für Gespräche mit Erstpatienten (N=908) und mit Folgepatienten (N=694)	179
5	Durchschnittliche Ausführlichkeit von Inhaltsbereichen in Konsultationsgesprächen pro Phase für die Gesamtstichprobe (N=2360) und für Gespräche mit Erstpatienten (N=908) und mit Folgepatienten (N=694)	180
6	Verteilung der Inhaltsgruppen "Symptombefragung" (1), "Diagnose und Ursache" (2) und "Behandlungsanweisung" (3) in den Phasen von Konsultationsgesprächen (normierte Werte der Textlänge (———) und Äußerungshäufigkeit (----))	183
7	Prozentuale Verteilung von Konsultationsgesprächen mit Äußerungen zu den Inhaltsbereichen "Symptombefragung","Diagnose und Ursache" und "Behandlungsanweisung"	183
8	Vergleich der Inhaltsbereiche in Gesprächsphasen von Erst- und Folgepatienten anhand der Textlänge von Ärzten	188
9	Graphische Darstellung der signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen Symptomgruppen in den Inhaltsbereichen der Phasen von Konsultationsgesprächen anhand der Textlänge	1..5
10	Fehlerzuwachs bei Verminderung der Gruppenzahl	227
11	Dendrogramm von 60 Ärzten zur Klassifizierung der Sprechstunden	230

DIAGRAMME

12 Clusterterritorien nach Diskriminanzenalyse mit Gruppencentroiden 230

13 Repräsentation der Cluster durch ihre Centroide im Diskriminanzraum der ersten drei Diskriminanzfunktionen 233

14 Vergleich der prozentualen Verteilung von Gesprächsinhalten in den Clustergruppen 238

15 Repräsentation der Cluster durch Centroide und ausgewählte Konsultationsgespräche im Diskriminanzraum der ersten drei Diskriminanzfunktionen 246

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

No.		Seite
1	Modell eines Kommunikationssystems	12
2	Variablen der Arzt-Patient-Dyade	21
3	Flußdiagramm für Konsultationsgespräche	48
4	Karte des Untersuchungsgebietes	54
5	Grundriß von Konsultationsräumen staatlicher Krankenhäuser in Thailand (Krankenhaus)	58
6	Untersuchungsplan des Gesamtprojekts	74
7	Einzugsgebiet von Patienten für eine Stichprobe zentralthailändischer Polikliniken	84
8	Transkript einer Konsultation	96
9	Ablaufschema einer Konsultation	102

1. EINLEITUNG UND STANDORT DER ARBEIT

Bei der Erforschung sozialpsychologischer Probleme sieht man sich immer wieder vor die Entscheidung gestellt, Experimente - Laborexperimente, darunter auch solche mit lebensnahen Situationen - oder Studien außerhalb des Labors durchzuführen. Das Dilemma der sozialpsychologischen Forschung spiegelt sich wider in SECORDS Äußerung " for more than a century, the laboratory experiment has been regarded by the psychologists as the prime source of data for the behavioral science. Most social psychologists subscribe to this view, especially those whose parent discipline is psychology rather than sociology. Most of them see the behavioral scientist's primary task as the collection of 'hard data'"(Vorwort in BICKMAN & HENCHY,1972). Die experimentelle Forschung hat den wesentlichen Vorteil, kontrollierte Versuchbedingungen zu schaffen, bei denen man die Variablen konstant halten kann, um die Effekte einer anderen Variablen auf dritte oder ablaufende Prozesse zu bestimmen, sowie die Größen von Beziehungen aufzuzeigen bzw. die Bedingungen, unter denen sie wirksam werden. Aber sie führen leicht zu Ergebnissen, die in einer " real life situation" nicht eintreten. Durch die Untersuchung von Verhaltenselementen im Laborexperiment statt im Feld ändern diese Elemente ihre Charakteristik, so daß der Forscher Ergebnisse erhält, deren Generalisierbarkeit außerhalb des Labors oft mit Schwierigkeiten verbunden ist. Phänomene der sozialen Interaktion werden auf diese Weise isoliert, aus ihrer natürlichen Umgebung (Habitat) herausgenommen und mit Einzelindividuen als Analyseeinheit untersucht (DAVIS, LAUGHLIN & KAMORITA, 1976).

Hierher muß auch die Flut kommunikationstheoretischer Veröffentlichungen gezählt werden, in deren Experimentaluntersuchungen das Ziel verfolgt wird, die Abhängigkeit zwischen Kommunikations- und Effizienzvariablen nachzuweisen (WITTE, 1972). Das allgemeine Unbehagen an experimentellen Untersuchungen in Labor- oder Quasi-Labor-Situationen bedingt die stärker werdende Tendenz, die Umwelt in die Untersuchungen einzubeziehen (BOESCH, 1971,1976; BRONFENBRENNER, 1976;MCGURK, 1977; PROSHANSKY et al., 1970; TAJFEL, 1972; WALTER, 1975).

So bietet sich als Alternative die Beobachtung und das Experimentieren in der Feldsituation an, bei der die natürliche Umgebung - nur minimal gestört - erhalten bleibt. Nachteilig kann sich in einer solchen Untersuchung die Vielzahl von nicht kontrollierbaren beeinflussenden Variablen bemerkbar machen. Der Begriff des Experiments in der Sozialpsychologie läßt sich also sowohl auf die im Labor durchgeführte Manipulation als auch auf die Möglichkeit des Testens von Hypothesen an einer natürlichen Umgebung anwenden (MCGUIRE, 1967). Denn Experimentieren bedeutet ausprobieren und testen, auch in einer natürlichen Umgebung und ohne die Manipulation durch einen Experimentator.
Dennoch:"The fact remains that, as of now,'manipulative research in the laboratory' dominates the scene"(TAJFEL, 1972, S.70).
Das Hauptaugenmerk liegt deshalb nicht nur auf der Frage der Angemessenheit eines Experiments zum Testen von Hypothesen , sondern im besonderen Maße auf der Angemessenheit der Daten für die Extrapolation auf die sozialen Verhaltensweisen in einer natürlichen Umgebung. TAJFEL (1972) unterscheidet aus diesem Ansatz heraus drei Typen von Experimenten:

a) das modellbildende Experiment
b) das Simulationsexperiment
c) das naturalistische Experiment

Dem modellbildenden Experiment liegt die theoretische Annahme eines integrierenden Modells für bestimmte Aspekte sozialen Verhaltens zugrunde, aus dem heraus man eine Anzahl neuer Hypothesen erzeugen kann. Im Simulationsexperiment werden einzelne Variablen sozialen Verhaltens, die im realen Kontext nicht getrennt zu untersuchen sind, in einem Ausschnitt simulierter sozialer Wirklichkeit behandelt.
Im naturalistischen Experiment wird die Anordnung so getroffen, daß sich der oder die Teilnehmer so natürlich wie möglich verhalten und der wahren Interessen des Experimentators nicht bewußt werden. Ein gutes Beispiel hierfür liefern die Untersuchungen von ARGYLE (1969), die sich mit der nicht verbalen Kommunikation in Dyaden und dem räumlichen

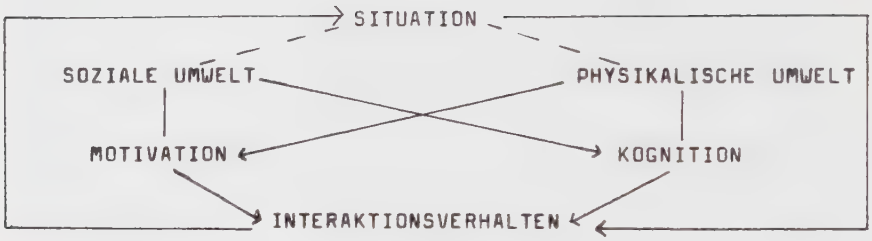
Verhalten in Dyaden und Kleingruppen beschäftigen. Die Arbeit über nicht verbale Kommunikation hat sich als besonders nützlich in der minutiösen Beobachtung von Regelmäßigkeiten im Verhalten gezeigt. Aber " it is very difficult to see how with the methods being used it will ever be possible to go beyond the study of these subtle aspects of face-to-face communication"(TAJFEL, 1972, S.79). Das Dilemma im naturalistischen Experiment liegt in der Wahl eines im voraus gewählten engen Bereichs einzelner großteils unabsichtlicher Bewegungen (ARGYLE, 1969) - oder einzelner Äußerungen überhaupt (BALES, 1970) - und eines Gesamtbereichs von Verhaltensweisen mit ihren Schwierigkeiten, adäquate experimentelle Kontrollen einzu - führen. Die naturalistische Methode ist außerdem durch ein geringes Ausmaß an Einfluß und Kontrolle gekennzeichnet, während das reine Experiment diese extrem realisiert.

Die Schwierigkeit, uns für eine der Alternativen der experimentellen Ansätze zu entscheiden, war in der vorliegenden Untersuchung wegen ihres Ex-Post-Facto-Ansatzes [1] kaum gegeben, obwohl sie als explorative Feldstudie (KATZ, 1953) sehr in die Nähe des naturalistischen Ansatzes rückt.

Das Thema des Untersuchungsbereichs - Kommunikation zwischen Arzt und Patient in thailändischen Krankenhäusern - bedingt die Standortfestlegung der Arbeit im Bereich der sozialpsychologischen Forschung. Das Thema läßt aber auch erkennen, daß mit dem gewählten Ansatz eine Verknüpfung von Situation und Verhalten - in diesem Fall in einer anderen Kultur - angestrebt wird, wie sie in Anlehnung an SERPELL (1976) dargestellt werden kann :

---

1)Definition der Ex-Post-Facto-Forschung nach KERLINGER (1966, S.360):" Ex post facto research may be defined as that research in which the independent variables or variables have already occurred and in which the researcher starts with the observation of a dependent variable or variables. He then studies the independent variables in retrospect for their possible relations to, and effects on, the dependent variable or variables."



(nach SERPELL, 1976)

Mit diesem Ansatz versucht die Arbeit der aus dem Selbstverständnis der sozialpsychologischen Forschung abgeleiteten Forderung nach Generalisierbarkeit besser nachzukommen, als das experimentelle "Labor"-Untersuchungen erbringen können.

2. THEORETISCHER TEIL

2.1 KOMMUNIKATION UND INTERAKTION - EIN ALLGEMEINER ÜBERBLICK

Die Unterscheidung sozialer Wechselwirkungen in Kommunikation und Interaktion bzw. die Bevorzugung entweder des einen oder des anderen Begriffs ist nach GRAUMANN (1972) letztlich historische Zufälligkeit oder Willkür, die auf begrifflicher Lässigkeit der verschiedenen Autoren beruht. "Im Grunde in allen Interaktionskonzepten impliziert ist, daß alle diese Formen sozialer Wechselwirkung nur dadurch möglich sind, daß Menschen voneinander Kenntnis nehmen, Interaktion also immer auch: Austausch von Information ist. Dieser wird aber in der Regel als Kommunikation bezeichnet."(GRAUMANN, 1972 S.1117).

Die Vielfalt und große Zahl (psychologisch) relevanter Theorien und Forschungsansätze, die sich mit Kommunikationsprozessen befassen, machen es verständlich, daß bislang noch keine übereinstimmende Definition des Begriffes Kommunikation erreicht worden ist. Kommunikation und Interaktion lassen sich deshalb auch ohne eine solche begriffliche Klärung kaum unterscheiden. Da wir diese Arbeit nicht als Versuch einer solchen angelegt haben, soll keine umfassende und systematische Darstellung dieses Problems erfolgen; stattdessen führen wir nur einige der vielen wissenschaftlichen Ansätze überblickartig an, um die wesentlichen Eigenschaften interpersonaler Kommunikation zu verdeutlichen.

2.1.1 Kommunikation als regeltechnische Einrichtung

Als eigentliche Begründer der Kommunikationstheorie gelten die amerikanischen Mathematiker Shannon und Weaver, deren Grundmodell eines Kommunikationssystems primär als Modell elektrischer Nachrichtenübertragung gedacht war (SHANNON & WEAVER, 1949). WIENER (1963) griff dieses Modell auf und verknüpfte damit die Erkenntnisse der Regeltechnik, deren wichtigstes Element die Informationstheorie ist. Damit lieferte

er die Möglichkeit einer Übertragung dieses Modells auf soziologische, sozialpsychologische und psychologische Kommunikations- und Interaktionsmodelle. Bei dem einfachen Modell:

handelt es sich um ein Kommunikationssystem, in dem ein Sender eine Nachricht oder Message enkodiert und als Signal oder Zeichen über einen Kanal an den Empfänger überträgt, der seinerseits die Signale dekodiert und als Adressat verarbeitet. Als Nachricht werden hierbei Gedanken, Meinungen und Vorstellungen verstanden, die an allgemeine, wahrnehmbare Elemente der menschlichen Erscheinungswelt gebunden sind (Signale) und physikalische Repräsentation in Form von Schriftzeichen, Bildern und Lauten, aber auch in Form von Spannungen erfahren (CHERRY, 1963).
Information ist, der Shannonschen Theorie entsprechend, definiert als ein Maßstab für die Freiheit, eine bestimmte Nachricht aus einer Menge von Nachrichten auszuwählen. Information bezieht sich hier nicht so sehr auf das, was man sagt, sondern auf das, was man sagen könnte. Die Bedeutung oder der Sinn einer Nachricht wird nicht berücksichtigt, sondern ausschließlich ihre mathematischen (quantitativen) Eigenschaften. Zentrale Frage ist hier nicht 'welche Information', sondern 'wieviel Information'.
Die Informationstheorie findet ihre Anwendung auf das technische Problem der richtigen Übertragung verschiedener Arten von Signalen von einem Sender zu einem Empfänger, hat aber keinen Bezug zur Bedeutung oder Wirkung der Signale (ACKOFF, 1958). In der Informationstheorie vermissen wir Verhalten und Intentionen im Begriff der Information, d.h. in den übertragenen Signalen.

Im Sinne ATTNEAVES (1974) und MITTENECKERS et. al.(1973) ist Information das, was Ungewißheit beseitigt oder reduziert bei solchen Dingen, über die ein gewisses Maß an Nichtwissen oder Ungewißheit besteht. Etwas weiter faßt WITTMAN (1959) den Begriff als Wissen, das zur Erreichung eines Zweckes eingesetzt wird. Auf diesen Aspekt werden wir noch in Zusammenhang mit Homans eingehen.

2.1.2 Kommunikation als Beeinflussung unter dem Kosten-Nutzen Aspekt

Schon sehr früh entstand eine Verbindung zur S-R-Theorie, da sich das Grundmodell der Kommunikation leicht als S-R-Modell sehen läßt. MORRIS (1946) wendet beispielsweise die S-R-Teorie auf verbales Verhalten an, was bei einfachen verbalen Verhaltensäußerungen durchaus möglich ist. Er muß jedoch bei komplexerem menschlichen Sprachverhalten Hilfskonstruktionen (wie intrapsychische Disposition) einführen, um Unterbrechungen, Verschiebungen und Verknüpfungen in neuen, umfangreichen Reaktionsmustern zu erklären.

In neuerer Zeit benutzten Sozialwissenschaftler das Konzept der Interaktion als Austausch von materiellen und nicht materiellen Gütern, um Phänomene der interpersonellen Beziehung theoretisch zu integrieren(HOMANS, 1969). GRAUMANN (1972) und MÜLLER & THOMAS (1974) stellten ausführlich die unterschiedlichen Interaktionskonzepte dar,wie z.B. das Konzept der "Interaktion als wechselseitige Einwirkung und als wechselseitige Steuerung"[1] und das Konzept der "Interaktion als Austausch".

BLAU (1964) greift das Konzept des Austauschs von Homans auf und verwendet den Begriff des sozialen Austauschs (social exchange) auf "voluntary actions of individuals that are motivated by the returns they are expected to bring and typically do in fact bring from others"(BLAU, 1964 S.91). Er hebt sich vom reinen ökonomischen Austausch dadurch ab, daß er zu unspezifischen Verpflichtungen führt, über deren Art nicht gehandelt werden kann, weil sie ganz der Entscheidung des Verpflichteten überlassen bleiben. "Since there is no way to assure an appropriate return for a favor, social exchange requires trusting others to discharge their obligation"(BLAU, 1964 S.94). Blau deutet auch auf den Unterschied zwischen direktem und indirektem Austausch hin, wobei der indirekte , im Unterschied zu dem bereits

1) Diesen Aspekt heben auch andere Autoren hervor, wie ARNHEIM, MASLOW und BERLO:"We communicate to influence, to affect with intent" (BERLO, 1966 S.12f).
Auch HOVLAND (1948) definiert Kommunikation als den Prozeß, durch den ein Individuum Reize übermittelt, um das Verhalten anderer Individuen zu modifizieren.

beschriebenen direkten, Konformität mit internalisierten Standards, Konformität mit sozialem Druck usw. umfaßt.

THIBAUT & KELLY (1959) sehen den Interaktionsprozeß als Selektionsprozeß an, der sowohl die Auswahl der Personen betrifft, die miteinander interagieren als auch die Inhalte ihrer Interaktion. Ganz im Sinne der Lerntheorie zeigt sich das in der Tendenz, befriedigende Interaktionen wieder aufzugreifen und weniger zufriedenstellende zu unterdrücken. Der Selektionsmechanismus wird gesteuert durch die Einschätzung der Interaktionsfolgen als positiv oder negativ, wobei die positiven Folgen oder 'rewards' definiert werden als "the pleasures, satisfactions, and gratifications the person enjoys, or the provision of a means whereby a drive is reduced or a need fulfilled." Die negativen Folgen oder "costs" werden definiert als "those factors that operate to inhibit or deter the performance of a sequence of behavior"(THIBAUT & KELLY, 1959, S.1).
Zudem unterscheiden die Verfasser zwischen exogenen und endogenen Determinanten für Belohnung und Kosten in der Interaktion. Die exogenen Determinanten der Interaktion sind individuelle Werthaltungen, Bedürfnisse, Fertigkeiten, die der einzelne mit in die Beziehung einbringt. Endogene Determinanten sind dagegen interaktionsspezifischer Art, vor allem Erleichterungen und Interessen (Vorteile), die erst durch die soziale Wechselwirkung entstehen. "Wie bei einer Theorie des sozialen Austauschs zu erwarten, legen die Verfasser besonderen Wert auf Macht und Abhängigkeit in dyadischen Interaktionen. Die Möglichkeit, die Lohn-Kosten-Position des Partners zu beeinflussen, ist zugleich die Möglichkeit der Beeinflussung und Kontrolle"(GRAUMANN, 1972 S.1149). Die Beziehung muß jedoch jedem ausreichende Vorteile verschaffen, um sie aufrecht zu erhalten, damit die Beteiligten daraus ihren Nutzen ziehen können.

Auch HOMANS (1967) sieht in Belohnung und Bestrafung die Möglichkeit, das soziale Verhalten anderer Menschen zu beeinflussen, wobei er fünf Regeln des sozialen Verhaltens

aufstellt, die auf lerntheoretischen Überlegungen basieren[1]. Der Interaktionsbegriff bei Homans ist gleichbedeutend mit dem des menschlichen Handelns. Doch auch hier wird ein Austauschprozeß, d.h. eine Interaktion nur dann fortgesetzt, wenn beide Parteien einen Gewinn darin sehen. Wie BLAU (1964, 1968), HOMANS (1967) und THIBAUT & KELLY (1959) greifen auch JONES & GERARD (1967) die Grundannahme des Austauschs von Gütern in der Interaktion auf und ergänzen sie in ihrem Interaktionsmodell durch die Einbeziehung der Möglichkeiten, Verhalten zu beeinflussen. Dabei sendet der Handelnde Reize aus, die beim Empfänger in Sozialisationsprozessen gelernte Verhaltensweisen auslösen. Sie unterscheiden vier Klassen sozialer Interaktion. Diese reichen von einer Pseudo-Interaktion, in der jeder seinen eigenen Plan verfolgt, bis zur wechselseitigen Interaktion, in der zwar eigene Pläne das Handeln bestimmen, es jedoch in Relation zu dem faktischen und zu erwartenden Verhalten des anderen stellen. Dazwischen ordnen sich asymmetrische und reaktive Interaktion ein. Voraussetzung für einen regelhaften Ablauf der Interaktion auf einem bestimmten Niveau ist jedoch, daß die Partner eine einheitliche Bestimmung der interaktiven Situation vornehmen.

---

1) (1)"Je häufiger die Tätigkeit einer Person belohnt worden ist, desto wahrscheinlicher wird sie diese Tätigkeit ausüben " (1967, S. 33).

(2)"Wenn in der Vergangenheit das Vorkommen eines oder mehrerer bestimmter Reize Anlaß dafür geworden ist, daß die Tätigkeit einer Person belohnt wurde, dann wird eine Person diese oder eine ähnliche Tätigkeit um so eher ausüben, je ähnlicher die gegenwärtigen Reize jenen vergangenen sind" (1967, S. 33).

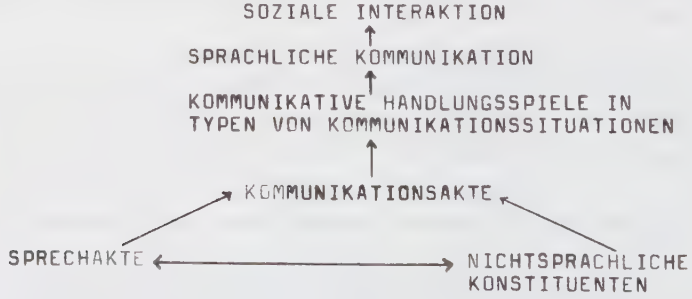
(3)"Je wertvoller für jemanden der Lohn für eine Tätigkeit ist, desto eher wird er diese Tätigkeit ausüben". (1967, S. 35)

(4)"Je öfter jemand in der Vergangenheit eine bestimmte Belohnung erhalten hat, desto weniger wertvoll werden weitere Einheiten dieser Belohnung für ihn sein" (1967, S. 37).

(5)"Wenn jemand aus einem Handeln nicht den Lohn, den er erwartete, dafür Strafe, die er nicht erwartete, bezieht, dann wird er ärgerlich, und im Ärger sind die Ergebnisse aggressiven Verhaltens belohnend" (1967, S. 301).

2.1.3 Sprache, Kommunikation und Kooperation (Handeln)

Wir finden häufig die Trennung der Kommunikation in verbale und nicht verbale Kommunikation. Im Folgenden gehen wir auf die Relevanz der nicht verbalen Kommunikation immer nur am Rande ein, da die verbale Kommunikation von zentralem Interesse für diese Arbeit ist. Mead hat mit seinem Konzept der symbolischen Interaktion gerade in diesem Zusammenhang starken Einfluß ausgeübt. Die Zuweisung bestimmter Bedeutungen zu sprachlichen Symbolen in einem gemeinsam verwendeten Code ermöglichen erst eine Interaktion, ohne die genannten Handlungen auch tatsächlich ausführen zu müssen. Mead spricht daher von einer Sprachgemeinschaft, die zugleich auch immer eine Handlungsgemeinschaft sei, in der sich sprachliche Akte als Symbol für Handlungen und Gesten als symbolische sprachliche Äußerungen finden. Austin und Searle nennen das daher Sprechakte. Sprechakte symbolisieren, daß Sprache in einem ganz bestimmten Kontext geäußert wird, sie symbolisieren weiter, daß sie Teile des Kontextes sind und auch etwas von seiner Struktur wiedergeben. So ist Sprechen eine Konkretisierung des Handelns, das nach Regeln geschieht, die es dem Interaktionspartner ermöglichen, den Sprecher interpretieren zu können.
Die Funktion der Sprechakte läßt sich nach SCHMIDT (1973) etwa so wiedergeben:



Sprechakte sind demnach wesentlicher Bestandteil der sozialen Interaktion mit Bezug auf das, was wahrgenommen werden kann, auf das, was der Sprecher als seine Intention ausdrücken möchte und auf die normative Wirklichkeit dessen, was gesellschaftlich und kulturell anerkannt ist.

Aus dieser Aussage spricht wieder das Meadsche Konzept, daß das signifikante Symbol oder die vokale Geste im Normalfall in einem anderen Menschen die Idee auslöst, die auch beim Agierenden dahintersteht. Die Bedeutung der Symbole und die Art ihrer Beantwortung sind durch das soziale System definiert, dessen Sozialisationsprodukt der Mensch ist und der als solches die Sichtweisen und Haltungen der anderen ihm gegenüber auch für sich selbst übernommen hat. Die Bedeutung der symbolisierenden Interaktion für die Gesellschaft liegt in der Rollenübernahme einerseits und in der Fähigkeit zu empathischem Verhalten und Sich-Einfühlen andererseits. Sie ist Voraussetzung für jede auf Kommunikation beruhende Kooperation. "Mir scheint das Grundprinzip der gesellschaftlichen Organisation des Menschen Kommunikation zu sein, die Anteilnahme an dem anderen voraussetzt"(MEAD, 1969 S.173).
Um ein reibungsloses Funktionieren der Sprach- und Handlungsgemeinschaft garantieren zu können, müssen Sender und Empfänger - bzw. die Interaktionspartner - den gleichen kulturellen uns sprachlichen Hintergrund besitzen, wenn sie die Kommunikation als denjenigen Aspekt einer Interaktion definieren, der den gemeinten Sinn einer Handlung verständlich macht (REIMANN, 1968; RUESCH & BATESON, 1961). Der Kommunikationsprozeß ist also das Medium, durch das kooperative Tätigkeiten abgewickelt werden können.

Einen Schritt weiter geht BOESCH (1974), der nicht nur eine gemeinsame Basis als Voraussetzung ansieht, sondern die Zielsetzung der Kommunikation darin erblickt, daß "eine gemeinsame Informationsbasis geschaffen wird, die eine Koordination beiderseitigen Handelns erlaubt" (BOESCH, 1974 S.10). Er versteht also darunter nicht eine einseitig gerichtete Handlung, sondern eine Interdependenz zwischen mindestens zwei Handelnden. "Kommunikation ist ein Interaktionsprozeß" (S.10). Die Ausführung der Handlung hängt ab von der Wahrnehmung der Information, die letztlich gesteuert wird von der Erwartung, bisherigen Erfahrung, der Einschätzung der Situation und der Einschätzung der Intention der geäußerten Information - verbaler oder nicht verbaler Art (BOESCH, 1974).

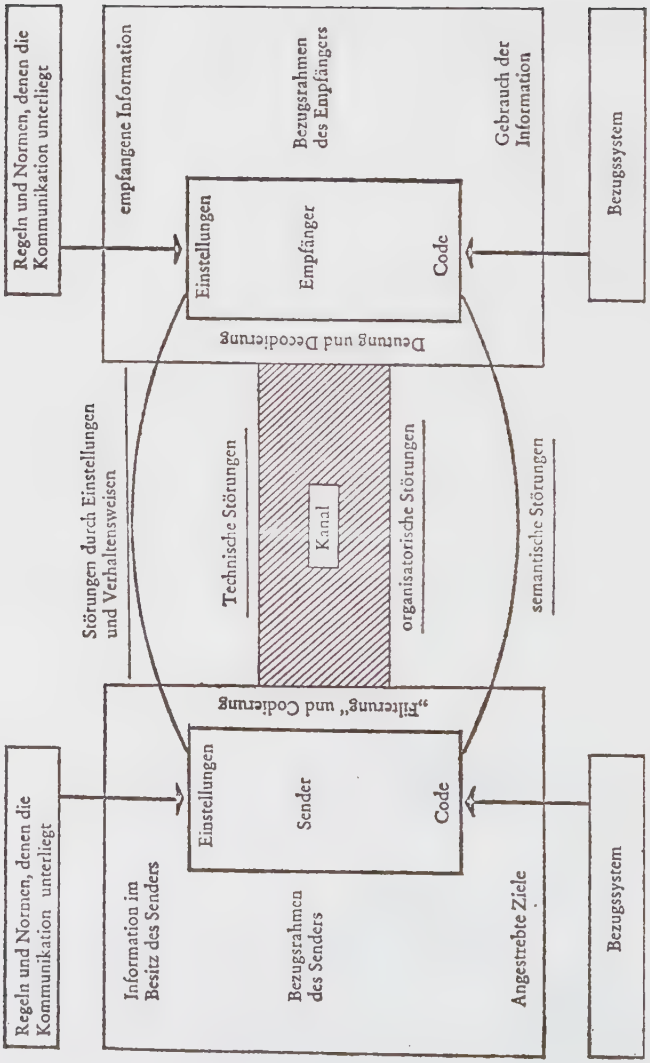


Abbildung 1 Modell eines Kommunikationssystems
(entnommen Mucchielli,1974 S.23)

Die Wahrnehmung und ihre Verarbeitung oder Rückmeldung, Berücksichtigung von Verhaltenseffekten und Korrektur des eigenen Verhaltens - wie es in Argyles Theorie der 'sozialen Fertigkeiten' gezeigt wird - rücken hier in das Zentrum des Interaktionsverhaltens, respektive der Interaktions- oder Handlungssequenz. Fehlwahrnehmungen, Wahrnehmungsdifferenzen bzw. falsche Verarbeitung der Wahrnehmung können so Ursache von Kommunikationsstörungen werden (ARGYLE, 1967; BOESCH, 1974).

Nach streng behavioristischer Auffassung ist das Gespräch eine wechselseitige Stimulation zweier isolierter Entitäten. Das Einbeziehen des Begriffs "Gemeinschaft" in das Kommunikationskonzept rückt davon ab und schafft Platz für die Auffassung, daß das Miteinander im Gespräch die kleinste gesellschaftliche Einheit ist: die Dyade. BUCKLEY (1967,S.12) schreibt: "Die Dyade besteht aus einem dynamischen System, welches Eigenschaften aufweist, die in seinen Elementen nicht vorgefunden werden...". Als kleinste gesellschaftliche Einheit ist die Dyade - und das gilt auch für komplexere Kommunikationssysteme - eingebettet in die Sozialorganisation von Verwandtschaftssystemen oder Berufsgruppen oder Dominanzhierarchien, die als Bezugssysteme des Verhaltens dienen. MUCCHIELLI (1974, S. 23) macht diese Einbeziehung von Bezugssystemen in seiner Abbildung (Abb. 1) deutlich. Sie zeigt auch, daß der zentrale Begriff des Signals aus der Informationstheorie nicht nur als rein technische Übertragung aufgefaßt werden muß. Er kann, wie bei WEBER, PARSONS und später auch bei REIMANN, inhaltlich bestimmt sein, wobei der Vorteil darin besteht, bloßes Verstehen einer Mitteilung von der Annahme ihrer Bedeutung zu unterscheiden (ACKOFF, 1958). Eine Variation des Verhaltens ergibt sich darüber hinaus durch die simultane Zugehörigkeit zu verschiedenen Bezugssystemen, ebenso wie durch das sich gleichzeitig auf mehreren Kanälen abspielende Verhalten des Menschen.

SCHEFLEN (1975) unterstreicht besonders diese letzte Vorstellung:"Unfortunately, however, people do not usually act as organismic wholes in communication, and the program is not seen profitably as a sequence of individual actions. The fact is that there are many modalities of behavior, and each participant can enact all of these at the same time. One can speak and form paralinguistic sounds, one can simultaneously gesture and smile, while he holds or shifts posture and interpersonal distance. He can at the same time touch, fiddle with objects, stroke his own leg, and beat time with his foot .... at one and the same time a single interactant employs some of these modalities in communicational and some in meta-communicational business"(S.78).

In der Sozialpsychologie haben immer die Eigenschaften von Einzelindividuen, deren Verhaltensweisen untereinander und in Relation zum sozialen System oder zur Gemeinschaft das Forschungsinteresse geweckt. Hier werden besonders Erwartungen über das Verhalten anderer berücksichtigt, Antizipationen über das von anderen erwartete eigene Verhalten in Betracht gezogen und deren Einfluß auf die Wahrnehmung und Interpretation von Verhaltensweisen als wesentliche Bestandteile dieser sozialpsychologischen Interaktionsmodelle gegenüber anderen hervorgehoben (NEWCOMB, 1965; REIMANN, 1968).

2.1.4 Die soziale Interaktion im Alltag

BOESCH (1974) hat neben anderen bereits genannten Autoren [1] auf die Bedeutung der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung hingewiesen, wie auch auf die Einschätzung der Intentionen und Ziele der Interaktionspartner. Besonders im Alltag findet man, daß die soziale Interaktion meist nur auf der Basis ausschnitthafter Wahrnehmung und unvollständiger Beurteilung von Intentionen und Zielen stattfindet, wenn sie situationsgerecht schnell und angepaßt verlaufen soll (GOFFMAN, 1956; WARR & KNAPPER, 1968). Dem Interaktionspartner werden dabei zwangsläufig Eigenschaften zugeschrieben, wie dies in der Attribuierungstheorie von Jones und Davis zum Ausdruck kommt. Die Verhaltensziele beispielsweise des anderen werden nach den eigenen Vorstellungen und Stereotypen beurteilt. Ihm werden Wünsche unterstellt, die von der eigenen entsprechenden Bezugsgruppe als wünschenswert erachtet werden, aber nicht den eigentlichen Wünschen des Interaktionspartners entsprechen müssen. Im Verlauf der Interaktion bemühen sich deshalb Interaktionspartner häufig, durch Fragen oder Verhalten ihr Bild vom anderen zu ergänzen oder das bestätigt zu sehen, was sie von ihm erwarten. Umgekehrt nimmt die Imagepflege hier einen beträchtlichen Raum ein (nach GOFFMAN, 1971) und stellt ein nicht unwesentliches Interaktionsziel dar.

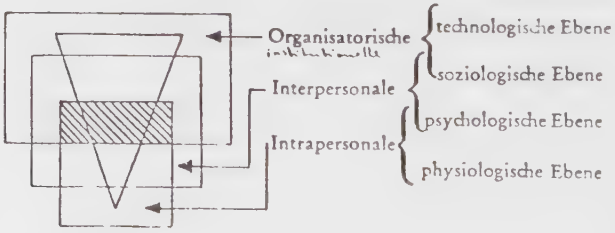
---

1) ARGYLE, 1967; BOESCH, 1974; HOMANS, 1967; NEWCOMB, 1965; SARBIN, TAFT & BAILEY, 1960; TAGIURI, 1968; THIBAUT & KELLY, 1959; WATZLAWICK, 1974)

2.1.5 Die institutionelle Interaktion

Bislang haben wir die Kommunikation immer als interpersonale Interaktion aufgefaßt. Wir dürfen darüber nicht vergessen, daß sie zudem zwischen Organisationen und Institutionen existiert. Auch zwischen diesen werden Informationen vermittelt, findet Interaktion statt, wie WITTE (1972) für den Ankauf von Rechenanlagen durch Industriebetriebe zeigte.

Zwischen der Organisation und den ihr angehörenden Individuen wird ebenfalls kommuniziert, wie mit Individuen außerhalb. Eine Stadtverwaltung verabschiedet eine Verordnung, die nicht nur ihre Beamten betrifft, sondern auch die anderen Bürger, die ihrerseits darauf reagieren. Die Kommunikation ist hier komplexer als dargestellt, da die Verordnung bereits das Resultat einer Interaktion ist, doch soll dies nicht weiter ausgeführt werden. Es wird jedoch deutlich, daß in bestimmten Handlungs- und Entscheidungsbereichen Organisationen und Individuen miteinander interagieren und sich gegenseitig beeinflussen [1]. THAYER (1967) hat dieses Modell auf die intrapersonale Ebene ausgedehnt und dies in folgendem Schema umrissen:



(entnommen aus THAYER, 1967, S.87)

1) Die Beziehung zwischen Individuum und Organisation ebenso wie zwischen Individuen verschiedener Gruppenzugehörigkeit wird auch mitbestimmt durch Loyalitätsbindungen. Ein Beamter wird eine zweifelhafte Verordnung einem aufgebrachten Bürger gegenüber verteidigen, diesen vielleicht einschüchtern, um ihn zum Schweigen zu bringen oder ihn von oben herab behandeln, obwohl er eigentlich selbst die Verordnung zweifelhaft findet.

2.1.6 Abriß der Kommunikations- und Interaktionsmodelle und Wahl eines pragmatischen Informationsbegriffes

Bisher wurden einige kommunikationstheoretische Ansätze kursorisch angeführt. Wir können auf ausführlichere Darstellungen von BAACKE (1975), BOESCH (1974), DANCE (1967), GRAUMANN (1972), REIMANN (1968) und THAYER (1967) verweisen und haben deshalb diese Darstellung bewußt kurz gefaßt. Vom aktuellen Bezug der Arzt-Patient-Kommunikation wurde sie losgelöst, um im Verlauf der Arbeit weiterführende Überlegungen auf diesen allgemeinen Konzepten aufzubauen und um zu zeigen, daß der Begriff Kommunikation und Interaktion vielseitig und sich gegenseitig ersetzend verwendet wird. Wo immer in den Sozialwissenschaften von Interaktion oder Kommunikation gesprochen wurde, sei es im Sinne der gegenseitigen Beeinflussung oder Steuerung oder im Sinne des Informationsaustauschs zum Zwecke der Handlungskoordination, oder sei es in Anlehnung an andere theoretische Konzepte, handelt es sich um einen Prozess, in dem im ständigen Wechsel der Kommunikator zum Empfänger und umgekehrt der Empfänger zum Kommunikator wird, und in dem Interagieren Handeln und Sichverhalten bedeutet. Elementare Interaktionseinheiten korrespondieren mit Verhaltensweisen der Interaktionspartner, ja die einzelne Kommunikation muß im Kontext der folgenden, aber auch der vorangegangenen gesehen werden. Daraus läßt sich der begriffliche Zusammenhang von Kommunikation und Interaktion ersehen. "Eine einzelne Kommunikation heißt Mitteilung oder ...eine Kommunikation. Ein wechselseitiger Ablauf von Mitteilungen zwischen zwei oder mehreren Personen wird als Interaktion bezeichnet" (WATZLAWICK et al., 1974, S. 50 f). Gewöhnlich tritt die Bedingung dieser vereinfachenden Annahme nicht auf, sondern komplexe, gleichzeitig ablaufende Verhaltenssequenzen bilden die Interaktion (SCHEFLEN, 1975; WATZLAWICK et al., 1974)

Unter Berücksichtigung des Bedeutungsgehalts von Interaktion bzw. Kommunikation, lassen sich diese Begriffe verstehen als vorwiegend direkte, soziale Wechselbeziehung in face-to-face

Situationen mit ihrer Symbolik und Dynamik, ihrer Möglichkeit reziproker Handlungsweisen und ihrem Bezug auf Dyaden oder komplexe Gruppenzusammensetzungen. Diese Aussage beinhaltet weiter, daß Interaktion auch die wechselseitige Übermittlung von Botschaften zwischen zwei oder mehr Personen ist, also ein längerdauernder, jedoch zeitlich begrenzter Prozeß, der der Schaffung einer gemeinsamen Basis vorwiegend koordinierter, zielgerichteter Handlungen dieser Personen dient.

Hier wird deutlich, daß sich die Konzepte der Interaktion und der Kommunikation in den Sozialwissenschaften von denen der mathematischen Kommunikations- und Informationstheorie entfernt haben. Interaktion fällt nunmehr als Forschungs- und Interessenbereich in das Gebiet der Psychologie und Sozialpsychologie (ARGYLE, 1973; GOFFMAN, 1971; SIEGMAN & POPE, 1972; KENDON, HARRIS & KEY, 1975; HASTORF, SCHNEIDER & POLEFKA, 1970). Bei Einbeziehung von Rollenkonzepten und Gruppenzugehörigkeiten finden sich auch Arbeiten in der Soziologie (BERKER, 1969; HOMANS, 1961; LENNARD & BERNSTEIN, 1970).

Das Abrücken von der mathematischen Kommunikations- bzw. Informationstheorie hat zwar zu einer begrifflichen Verwaschung geführt, jedoch neben dieser theoretischen Schwäche eine größere Praktikabilität erbracht (WATZLAWICK, BEAVIN & JACKSON, 1969). Die Auseinandersetzung mit den Daten einerseits und den Modellen in der Kommunikations- und Informationstheorie andererseits, ließ einen Informationsbegriff angebracht erscheinen, der sich noch weiter vom informationstheoretischen Konzept entfernt. Information wird hier in einer Bedeutung verwendet, die dem allgemeinen Sprachgebrauch entspricht, in dem nicht nur das bislang Nichtbekannte als Information betrachtet wird, weil es Unkenntnis beseitigt (MIROW, 1969), sondern in dem alles, was in der Interaktion wahrgenommen werden kann oder als Nachricht (message) dient, als Information betrachtet wird. Irrelevantes kann dabei durchaus als Störung interpretiert werden. Nachricht, Mitteilung und Äußerung werden deshalb bei dieser breiten pragmatischen Auffassung von Information als äquivalente Begriffe für diesen verwendet.

2.2. EINGRENZUNG DES ARBEITSBEREICHS: DIE ARZT-PATIENT-INTERAKTION

Den allgemeinen Ausführungen zur Kommunikation und Interaktion soll eine Präzisierung des Arbeitsbereichs folgen, bevor konkrete Interaktionen analysiert werden. Die Präzisierung wird in dreifacher Hinsicht vorgenommen: strukturell, inhaltlich und regional. Die strukturelle Präzisierung bezieht sich auf die Hinwendung zur dyadischen Interaktion, die nach PIONTKOWSKI (1976, S. 31) das "Gruppenparadigma der sozialpsychologischen Interaktionsanalyse" ist und die trotz der berechtigten Warnung GRAUMANNS (1972) vorgenommen wird, der die dyadische Kommunikation als "höchstens eine querschnittliche Momentaufnahme eines doch nur längsschnittlich hinreichend zu beschreibenden Prozesses" bemängelt (GRAUMANN, 1972, S. 1184). Die Berechtigung dieser Warnung wird uns im weiteren Verlauf der Arbeit noch häufig vor Augen geführt, doch läßt die Anlage dieser Arbeit keine längsschnittliche Analyse zu.

Zur inhaltlichen Präzisierung wurde aus der Vielzahl von Dyaden die Arzt-Patient-Dyade ausgewählt. In der letzten Dekade widmete man der Arzt-Patient-Beziehung eine große Zahl wissenschaftlicher Arbeiten. WILDGRUBE (1978) berichtet von über 1400 Titeln, die die internationale Bibliographie der Akademie für ärztliche Fortbildung 1975 zu diesem Problemkreis aufwies; als Dyade jedoch erhielt die Arzt-Patient-Beziehung kaum Zugang in die psychologische Literatur. Dort beziehen sich die ihr am nächsten stehenden Dyaden auf die Beziehung Klient-Psychotherapeut, in der jedoch unterschiedliche Beziehungsverhältnisse bestehen. Am ausführlichsten wurde die Mutter-Kind- und Schüler-Lehrer-Dyade untersucht.

In stärkerem Maße als in den beiden letztgenannten Dyaden haben historische Entwicklung, organisatorische und situative Gegebenheiten die Arzt-Patient-Interaktion in der modernen Medizin als Dyade geprägt, bei der ein direkter Einfluß anderer weitgehend ausgeschlossen ist. Im Gegensatz hierzu war diese Interaktion in der traditionellen Medizin ein Bestandteil von Gruppeninteraktionsprozessen. So kommen als deren Folgeerscheinung noch heute Familienmitglieder, Freunde und Nachbarn als Begleitung mit dem Kranken ins Krankenhaus, beispielsweise in Süd-Amerika, Afrika und Asien.

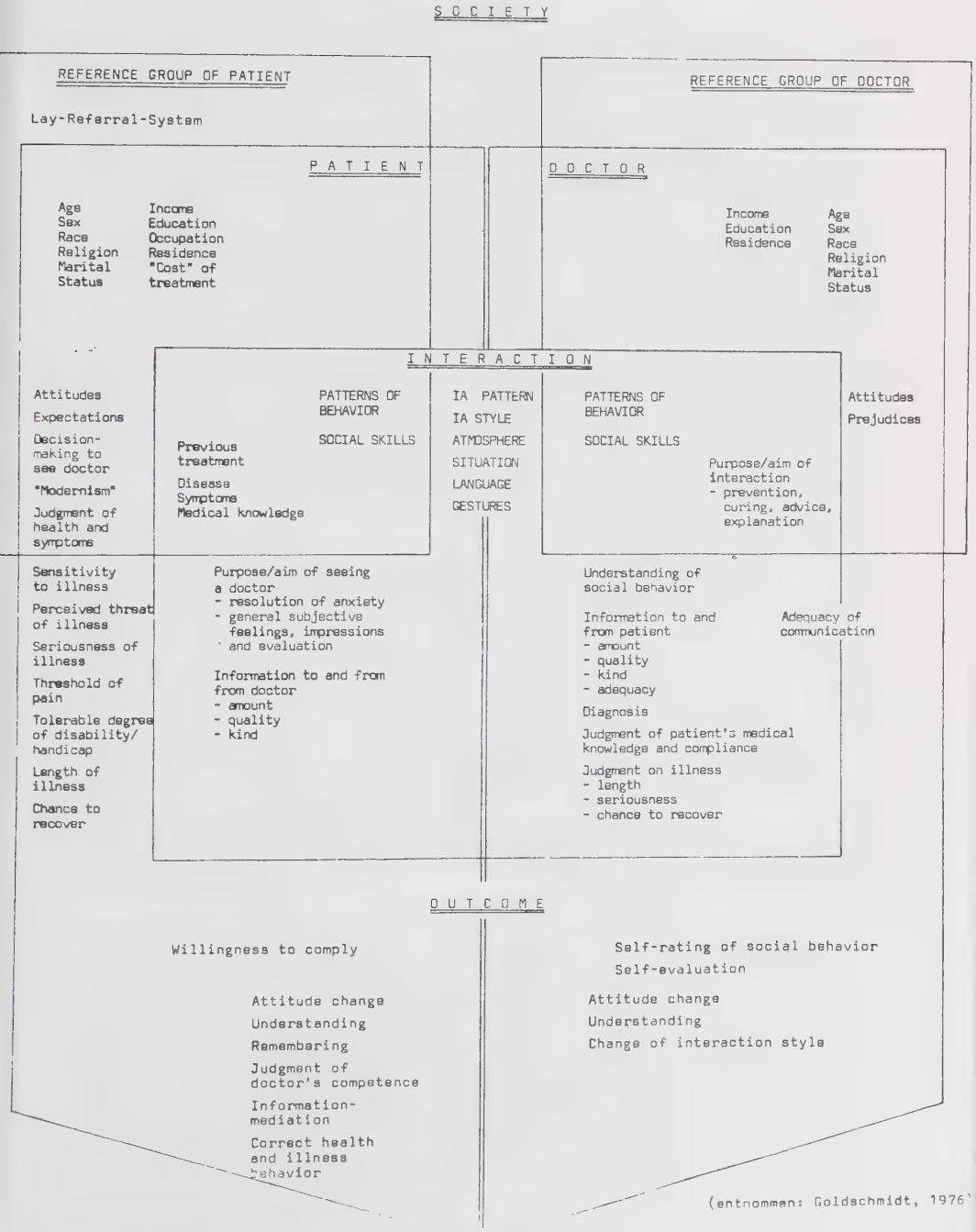
Die beiden Interaktionspartner dieser speziellen Dyade besitzen ein gemeinsames Handlungsziel, haben jedoch unterschiedliche Funktionen und unterschiedliche Strategien zur Zielerreichung, die sich aus ihren unterschiedlichen Orientierungen, ihren unterschiedlichen Erfahrungen und Rollen ableiten lassen und die sich entsprechend in ihrem Interaktionsverhalten äußern. Die wesentlichsten Variablen der Arzt-Patient-Dyade sind in der folgenden Übersicht (s.S. 21) dargestellt, die dem Bericht zu Umfrageergebnissen bei thailändischen Ärzten (GOLDSCHMIDT, 1976) entnommen wurde. Bei so unterschiedlichen Interaktionspartnern ist es leicht verständlich, daß es zu Mißverständnissen in der Interaktion kommen kann, die sich auch aus den divergierenden Erwartungen und der verschiedenartigen Selbstwahrnehmung bei Arzt und Patient herleiten lassen. Das ist ein weiterer Grund, weshalb der Therapeut/Arzt - Kranker/Patient-Dyade[1] besondere Bedeutung beigemessen werden muß.

Speziell mit der Arzt-Patient-Beziehung haben sich seit PARSONS (1951) die Soziologen in starkem Ausmaß beschäftigt. Sie beziehen sich aber, so kritisieren WAITZKIN & STOECKLE (1972)immer stärker auf Rollen, Institutionen und Organisationen und lassen die individuelle Arzt-Patient-Beziehung außer acht. PARSONS (1951), BLOOM (1963) und FREIDSON (1960) sahen Rollenverhalten und -beziehungen in strukturell funktionalem Bezug zum übergreifenden soziokulturellen System. FREIDSON (1960) wies dabei besonders auf die Unterschiede der "Patienten-Kultur" zur "Arzt-Kultur" hin. Forschungen unter Verwendung soziologischer Konzepte wie Macht und Ungewißheit - ohnehin nur unsystematisch durchgeführt - brachten

---

1) Den Begriff des Therapeuten können wir umfassend für alle in einer bestimmten Weise ausgebildeten Personen anwenden, die sich bemühen, die psychisch und physisch Kranken zu heilen. Der Kranke ist derjenige, der sich körperlich oder seelisch in seinem Wohlbefinden beeinträchtigt fühlt oder von seiner sozialen Umwelt als in seinem Wohlbefinden gestört betrachtet wird (s. auch ENGELHARDT et al., 1973; PARSONS, 1967; SCHULLER, 1976 u.a.).

Abbildung 2 Variablen der Arzt-Patient-Dyade



(entnommen: Goldschmidt, 1976)

bestenfalls eine Verbesserung auf der Ebene der Organisation der Gesundheitsversorgung, schlugen aber kaum auf die Ebene durch, auf der die Kommunikation tatsächlich stattfindet. Wissenschaftliche Veröffentlichungen, aber auch Magazine und Tageszeitungen, erbringen ein deutliches Zeugnis für die Unzufriedenheit von Patienten im Kontakt mit dem Gesundheitspersonal. Die öffentliche Diskussion bewirkt, daß die Patienten für die Probleme der Kommunikation mit dem Arzt sensiblisiert werden und letztlich noch unzufriedener sind; eine Sensibilisierung der Ärzte, falls diese überhaupt erfolgt, scheint ohne Auswirkungen zu bleiben. Neben den genannten Disziplinen müssen wir in neuerer Zeit auch die klinische Psychologie erwähnen, deren Schwerpunkt auf der therapeutischen Interaktion liegt, dazu die medizinische Psychologie mit Schwerpunkt der Arzt-Patient-Interaktion in der Ausbildung und schließlich die Sozialpsychologie mit der Erforschung der individuellen Arzt-Patient-Beziehung.

Regional wurde der Forschungsbereich auf die Arzt-Patient-Interaktion in Thailand beschränkt. Über das Verhältnis Arzt - Patient diskutiert man dort öffentlich wenig, im Gegensatz zu den westlichen Ländern. Die Patienten wurden so gesehen auch nur geringfügig beeinflußt. Wissenschaftliche Arbeiten für diesen Bereich liegen nur in begrenzter Zahl vor. So hat sich BRYANT (1969) mit dem Problem der Gesundheitsversorgung in Thailand und Entwicklungsländern allgemein beschäftigt. Er orientiert sich, wie CHITT HEMACHUDHA (1971) stärker an den Statistiken des Bevölkerungswachstums, des Pro-Kopf-Einkommens und der Verteilung von Krankheiten in der Bevölkerung sowie an der Anzahl praktizierender Mediziner.

RILEY & SERMSRI (1974) gehen vor allem auf das spezielle Problem der Krankenbetreuung ein. Sie untersuchen das medizinische Versorgungssystem, sowohl das traditionelle wie das moderne, auf Möglichkeiten hin zur wirksamen Einführung von Geburtenkontrolltechniken. HINDERLING (1972) handelt in einem deskriptiv-ethnologischen Ansatz das traditionelle medizinische System in Thailand ab bezüglich den verschiedenen Ausprägungen und seiner Anwendung. Die Theorie des traditionell-medizinischen Systems in

Südostasien stellt JASPAN (1969) dar. In einer Dorfstudie zeigt HINDERLING, was es bedeutet, in Thailand krank zu werden und krank zu sein. HANKS (1964) zeigt ebenfalls in einer Dorfstudie die Rituale und Vorschriften auf, die in Verbindung mit Mutterschaft, Geburt und Wochenbett bestehen. BRYANT (1970) und CUNNINGHAM (1966) führen Aspekte der medizinischen Versorgung in ländlichen Gebieten Thailands an. Konzentrieren sich die genannten Arbeiten mehr auf den Patienten und den traditionellen Heiler, so befassen sich die Arbeiten von GOLDSCHMIDT (1976) und MAXWELL (1974) eher mit der Befragung von modernen Medizinern. Während GOLDSCHMIDT in einer landesweit gestreuten Umfrage dem Problem der Arbeitsbelastung und Arbeitsplatzbeurteilung der Ärzte nachgeht, befaßt sich MAXWELL besonders mit der sozialen Mobilität der Ärzte und Medizinstudenten. Den modernen Arzt betrifft auch BOESCHs (1974) handlungstheoretisch orientierter Exkurs zu "Arzt und Patient in Thailand", in dem er die Rollenverteilung und die daraus resultierenden Verhaltensweisen unter Hervorhebung des Sollverhaltens diskutiert. Einzig die vorliegende Untersuchung geht quantitativ dem Problem des aktuellen Interaktionsprozesses zwischen Arzt und Patient in Thailand nach.

2.2.1 Arzt-Patient-Interaktion als sozialer Austausch

2.2.1.1 Ressourcenaustausch

Betrachtet man Mitteilungen folgender Art: "Ich habe Bauchschmerzen", oder "Es tut mir leid, ich konnte nicht herkommen", oder "Ich bin zwanzig Jahre alt", so sind sie alle Formen einer Kommunikation. Sie besitzen jedoch unterschiedliche Interaktionsinhalte. So beschreibt die erste Mitteilung ein Gefühl des Unwohlseins, bedingt durch eine bestimmte Körperwahrnehmung. Die zweite Mitteilung ist eine Entschuldigung für etwas, was man nicht getan hat, aber hätte tun sollen. Und die dritte vermittelt einen einfachen Tatbestand. So unterschiedlich die Aussage dieser drei Mitteilungen ist - Bruchstücke eines einzigen Arzt-Patient-Gespächs -, so unterschiedlich sind auch die Aspekte, die man bei zwischenmenschlicher Kommunikation untersuchen kann. Daher wäre es durchaus denkbar, die Bedeutung von Inhalten zu analysieren oder deren formale Eigenarten, wie Produktivität und Wortflüssigkeit.

Es ließe sich aber auch das Konzept des sozialen Austauschs (Kap. 2.1.2, S. 7) wiederaufgreifen, wonach Arzt und Patient miteinander in Kontakt treten, nachdem sie die Attraktivität dieser Beziehung abgeschätzt haben, die Kosten und Belohnung zueinander in Beziehung gesetzt bzw. die Möglichkeit einer Kontrolle und Beeinflussung des anderen erwogen haben. Soziales Verhalten definieren BLAU (1967), HOMANS (1961) und THIBAUT & KELLEY (1959) als Austausch, ohne daß hier auf konzeptuelle Unterschiede eingegangen werden soll. SCHAFER (1971) und SINGLEMANN (1972) wiesen bereits die Übereinstimmungen, Parallelitäten und Divergenzen dieser Ansätze auf, auch zu MEADs Ansatz des 'symbolischen Interaktionalismus'. SINGLEMANN kommt dabei zu der bekannten, aber häufig vernachlässigten Folgerung, daß Austausch mehr als direkte objektive Belohnung sei, weil der Austausch subjektive Bedeutungen, vorausgegangene Erfahrungen und vorausschauende Antizipationen einschließt. Es handelt sich also nicht allein um den Austausch materieller Güter im ökonomischen Sinne (HOMANS, 1961) oder die Abwägung der Lohn-Kosten-Relation (KELLEY, 1964), sondern übereinstimmend hauptsächlich um die

Interdependenz von Individuen, um ihre Interaktionsmechanismen.

Belohnung in diesem Sinne erfährt einerseits der Arzt vom Patienten durch die Anerkennung seines Status und seiner Kompetenz, andererseits der Patient vom Arzt durch dessen Zuhören und die Möglichkeit, eine Besserung seiner Krankheit zu erreichen. Das sind nur einige Aspekte. Beide Partner greifen dabei auf 'Ressourcen' zurück, der Patient muß den Arzt für seine Leistung bezahlen, erkennt dessen Macht an, während der Arzt sein Wissen preisgibt. LONGABOUGH, 1963, S. 321)hat generalisierend WHITING zitiert: "Theoretically a resource is defined as anything anyone wants;" demnach wäre Ressourcenaustausch eine Variante des sozialen Austauschs.

Die ausgetauschten Ressourcen in der Interaktion Arzt-Patient bestehen einerseits in Informationen, die der Arzt benötigt, um eine Diagnose stellen zu können. Andererseits sind es die Mittel, die dem Arzt zur Verfügung stehen, um den Kranken als seinen Patienten anzunehmen, zu behandeln und auch zu heilen. Hierzu gehören u.a. die notwendigen Informationen, die der Patient benötigt, um sich den Erfordernissen seines Krankheits-/ Gesundheitszustands gemäß zu verhalten.

Arzt und Patient greifen auf unterschiedliche Ressourcen zurück, die sie aus ihrem Wissen, ihrem Status und den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln beziehen. Ressourcen, über die der Arzt verfügt, sind:

a) Fachkenntnisse und Fertigkeiten, die zur Heilung der Patienten eingesetzt werden können. Es sind dies Möglichkeiten der Diagnoseerstellung, der Therapieauswahl und Behandlungsvorschläge wie auch prophylaktischer Informationen.

b) Medikamente zur direkten Verabreichung oder Verordnung, desgleichen medizinische Behandlung, Krankenhausaufenthalt und medizinische Geräte.

c) Möglichkeiten der sozialen Legitimation des Krankseins, Anerkennung des Patientenstatus.

Ressourcen, über die der Patient verfügt, sind:

a) Informationen über den Krankheitsverlauf und Symptomatik sowie Anamnesedaten

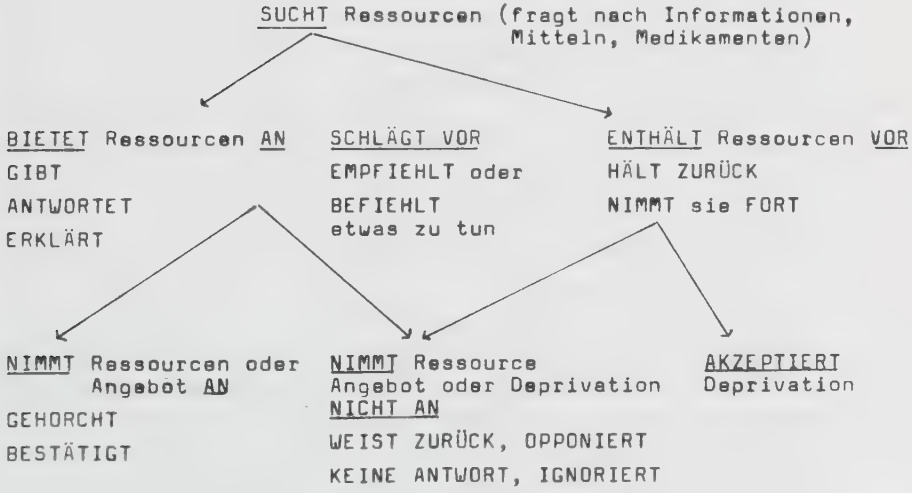
b) materielle Güter, um Arzthonorar und Medikamente zu bezahlen

c) Anerkennung der fachlichen Kompetenz, des Status und der Macht des Arztes

Die Ressourcen von Arzt und Patient in Thailand gehen kaum über die genannten hinaus. Sie sind, wie anderswo auch, bestimmt vom Wunsch des Patienten, Hilfe und Behandlung zu erhalten, und von der Pflicht des Arztes aufzuklären, vorzubeugen und zu heilen (SHUVAL, 1975). Wir können etwas den Aspekt der materiellen Ressourcen von Patienten vernachlässigen, da in den staatlichen Krankenhäusern Thailands die Ärzte kein Honorar vom Patienten erhalten. Eine Bezahlung

der Leistungen erfolgt indirekt über den Kauf von Medikamenten, die für ärmere Patienten jedoch ebenfalls kostenlos sind.

Der Austausch von Ressourcen läßt sich am deutlichsten darstellen durch seine Modalitäten, die wir in der folgenden Anordnung am besten repräsentiert sehen, wobei beide Interaktionspartner diese Modalitäten verwenden können.



Der Austausch von Ressourcen entspricht in weiterem Sinne der Art des Übermittelns informativer Inhalte, und man kann sie losgelöst von Informationen und ihrer Funktion betrachten.

2.2.1.2 Bargaining

BLAU (1964) deutete an, daß der Austausch zwischen Interaktionspartnern, die ein Monopol bezüglich einer Leistung besitzen, zum Feilschen werden kann. KATZ (1964) und KATZ et al. (1969) bauten diesen Umstand im Konzept des "bargaining" in einer Untersuchung zur Arzt-Patient-Beziehung aus. In der von ihnen abgehandelten Beziehung besaß der Arzt das Monopol, Kuren zu verschreiben oder Arbeitsunfähigkeit und Rentenansprüche zu bescheinigen. Der Patient seinerseits glaubte als Mitglied der Organisation, die den Arzt angestellt hatte, bestimmte Forderungen an den Arzt stellen zu können, da er durch seine Beiträge zur Bezahlung des Arztes direkt beitrug.

In einer weiteren Veröffentlichung analysierten KATZ und DANET (1968) die Strategie von Einwanderern Behörden gegenüber. Hier zeigte sich, daß Klienten, die die bürokratischen Normen kennen, auf ihren legalen Rechten beharren. Dagegen appellieren Klienten bei einer Organisation, die ein staatliches Monopol bezüglich der Leistungen innehat und deren Normen sie nicht kennen, an die altruistischen Gefühle der Beamten und bieten ihnen das Ihnen-Verpflichtetsein als Status- oder Machtgefühl an.

In Ländern, in denen Ärzte eine uneingeschränkte Monopolstellung innehaben und unabhängig von den Patienten sind - wie wir es im staatlichen Gesundheitswesen Thailands finden - können wir kaum ein Pochen auf Rechte erwarten oder ein offenes Feilschen vermuten. Eine Auszählung, die wir probeweise in der Vorstudie durchführten, ließ denn auch eher vermuten, daß sich die Arzt-Patient-Interaktion in Thailand durch das Fehlen des 'bargaining' auszeichnet. Statt des offenen Feilschens um Medizin oder sonstige Leistungen kann man eher subtilere Verhaltensstrategien erwarten, die den Appellen an altruistische Gefühle gleichkommen, nämlich

Appelle an den Statushöheren, der nach thailändischen Verhaltensnormen in bestimmten Fällen die Mitverantwortung für den Statusniedrigeren trägt. In starkem Maße wird zusätzlich in der Arzt-Patient-Beziehung die Rolle des Hilfesuchenden gegenüber dem Helfenden ins Spiel gebracht, ein Aspekt, wie er dem Rollenverständnis und dem Berufsethos des Arztes entspricht. Fühlt sich der Arzt auf diese Weise vom Patient angesprochen, kann er dies als Anerkennung seines Status und seiner Kompetenz werten und entsprechend die erwarteten bzw. verlangten Leistungen gewähren, ohne daß es zu einem offenen Aushandeln kommen muß. Er kann sich aber auch bedrängt fühlen in einer Weise, wie BOESCH (1977, S. 14) beschrieben hat: "This side is twofold: on the one hand, it derives from the fact that professional errors can have socially serious consequences and that members of society (i.e. the patient, or his relatives) may be given the legal right to hold the doctor responsible; on the other hand, patients, through their helplessness, suffering and possible death, continually remind the doctor of the sufferings he might have to face himself."

Obwohl die 'Social Exchange'-Theorie das Modell des Ressourcenaustauschs und THIBAUTS & KELLEYS Konzept der Austauschmatrix geliefert hat, wollen wir uns nicht weiter auf sie beziehen, da dieses Modell doch weitgehend nur illustrativ geblieben ist, ohne neue Daten und Einsichten zu vermitteln. Konzepte, die auf THIBAUTS & KELLEYS Vorschlägen zum sozialen Austausch beruhen, haben versäumt, die Transformation persönlicher Ergebnispräferenzen in Betracht zu ziehen, wie sie durch soziale Interaktion oder Gruppenmitgliedschaft entstehen. Die gleiche Einschränkung gilt auch für die anderen Theorien des Sozialen Austauschs, wie die von HOMANS (1961) oder BLAU (1964), die die Befriedigung ignorieren, die für den einen Partner durch die guten Ergebnisse des anderen Partners hervorgerufen werden kann.

2.2.2 Die Information in der Arzt-Patient-Interaktion

In allen Interaktionskonzepten ist impliziert, daß Interaktion auch immer ein Austausch von Information ist, der in der Regel auch als Kommunikation bezeichnet wird (GRAUMANN, 1972). Auf Maschinen kann man die einfachen Kommunikationsmodelle anwenden, die eine Übertragung von Informationseinheiten auf einem einzigen Kanal ermöglichen. Im Gegensatz dazu hat der Mensch ein mehrkanaliges und vielfach strukturiertes System von kommunikativen Verhalten für vielfältige soziale Rollen und Gelegenheiten gelernt, für das diese Modelle nicht mehr genügen. Die soziale Organisation, in der die Interaktion stattfindet, ist eben nicht nur eine einfache Alternierung von Sprecher und Hörer, sondern spielt sich vor dem Hintergrund von Dominanzhierarchien, Verwandtschaftssystemen und anderen sozialen Verhaltensdimensionen ab, die man insgesamt als quotiertes Verhalten interpretieren kann und in deren Bezugsrahmen man sich auch verhält. Man kann fast von einem standardisierten Verhalten mit voraussagbaren Verhaltenssequenzen sprechen. Diese komplexen Verhaltenspattern sind erlernt, kommunizierbar und voraussagbar, so daß ein hoher Grad von Ökonomie in der Interaktion erreicht wird. Im Extrem geht das bis zu einer Festlegung im rituellen Verhalten, wie z.B. die Liturgie des Gottesdienstes oder das Händeschütteln bei der Begrüßung. Die Informationstheorie hat eine von uns nicht übernommene (siehe S. 6) operationale Definition für Information geliefert, in der Information als das angegeben wird, was Unsicherheit reduziert oder beseitigt (ATTNEAVE, 1959) und auf deren Grundlage sich die Arbeiten befinden, die mit stochastischen Modellen operieren und mit Übertragungswahrscheinlichkeiten rechnen (GOLDMANN-EISLER, 1968). Mit großem Aufwand wendet man diese Modelle bei linguistischen Textanalysen an. Im Fall der Analyse von Arzt-Patient-Interaktionen war dies technisch jedoch nicht durchführbar, obwohl man gerade hier von einem programmierten Verhalten sprechen kann,

das selbst über verschiedene Kulturen hinweg relativ vergleichbar, gleichförmig, stabil und ähnlich erscheint, besonders wenn wir uns auf die Interaktion zwischen Patienten und modernen Medizinern beziehen. So wird beispielsweise in westlichen Kulturen fast jede Konsultation mit den Worten "Wo fehlt's denn?", "Wo tut's denn weh?" und ähnliches mehr eingeleitet.

Diese Überlegungen führen uns zu einem Hinweis von SCHEFLEN (1967), wonach Interaktion ein Programm hat, eine Sozialordnung, eine Anzahl von kommunizierenden Mitgliedern und Methoden, diese zu ignorieren. Mit dem Begriff des Programms bezieht sich SCHEFLEN einerseits auf die inhaltlichen Aspekte übermittelter Informationen. Diese stellen ein zentrales Problem auch dieser Arbeit dar und werden später noch ausführlich behandelt. Andererseits bezieht er sich auf das Ziel der Interaktion, wobei es in erster Linie um das WIE der Übermittlung geht. Besonders die Therapie-Prozeßforschung hat diese Frage zu ihrem Anliegen gemacht. Sie versucht den Prozeß der Beziehung zwischen Therapeut und Klient zu erhellen, um damit unter Umständen den therapeutischen Effekt zu erhöhen. Vor allem zielt man dabei Therapeuten-Variablen an. Nach Durchsicht der Forschungsliteratur kommen FOA (1961), TAUSCH & TAUSCH (1970) und HARE (1972) zu dem Schluß, daß sich Interaktionsverhalten mit maximal vier Verhaltensdimensionen beschreiben läßt. Nach FOA (1961) sind dies Affilation und Dominanz, nach TAUSCH & TAUSCH (1970) sind es Lenkung - Gewährenlassen, Abwendung - Zuwendung. BALES (1970) schlägt sogar ein dreidimensionales Modell für Gruppeninteraktionen vor

upward - downward (Dominanz-Submission)
positive - negative (emotional positiv - emotional negativ)
foreward - backward (gruppenorientiert - selbstbezogen und gruppendistanziert)

Zur Lokalisation der einzelnen Interaktionspartner auf diesen Dimensionen schlagen die Autoren ihren Modellen angepaßte Fragebögen und Beurteilungsmethoden vor, BALES beispielsweise den

Interpersonal Rating Questionnaire.

BECKMANN (1973) hat sich mit den Positionen der Partner in der Dyade befaßt und dabei vier Interaktionstypen gefunden:

	symmetrisch	komplementär
einseitig	symmetrische Abhängigkeit	komplementäre Abhängigkeit
wechselseitig	symmetrische Wechselbeziehung	komplementäre Wechselbeziehung

Unter dem Gesichtspunkt der ausgetauschten Informationen läßt sich die Arzt-Patient-Dyade als wechselseitig komplementär auffassen, wenn auch die Rollenverteilung - Helfender - Leidender - eher eine komplementäre Abhängigkeit suggeriert. Auf den reziproken Charakter von ausgetauschten Informationen weisen auch SARBIN et al. (1960) hin.[1)] Die Arzt-Patient-Interaktion führt, insbesondere wenn sie in einem gewissen Umfang reziprok verläuft, zu einer je nach der Partnerschaft, der Funktion der Partner, den kulturellen und situativen Bedingungen verschieden modifizierten Arzt-Patient-Beziehung (DUIJKER, 1957; FOA, 1961).

ZBOROWSKI (1952), ZOLA (1963), MECHANIC (1972) und WAITZKIN & STOECKLE (1972) behandeln linguistische Aspekte und Fragen der kulturellen Differenzen bei der Übermittlung von Informationen. KORSCH et al. (1968, 1972) analysierten Tonband- und Videoaufnahmen von Interviews, um die Frage zu klären, welche Faktoren die Compliance der Patienten beeinflussen. COULTHARD & ASHBY (1975) beschrieben den Gebrauch spezifischer Verhaltenspattern aufgrund von 24 Tonbandaufzeichnungen von Interviews.

---

1) nicht-reziprokes Interagieren liegt dann vor, wenn zwei Personen gleichzeitig sprechen, ohne von dem, was der andere spricht Kenntnis zu nehmen (paralleles Verhalten);
symmetrisch-reziprokes Interagieren liegt dann vor, wenn das Verhalten des einen Interaktionspartners als Reaktion oder Antwort auf das des anderen gewertet werden kann;
asymmetrisch-reziprokes Interagieren findet sich in Situationen in denen die Interaktion eine Person initiiert und die andere hauptsächlich darauf reagiert, wie dies in klinischen Interview und anderen Interview-Situationen beispielhaft gezeigt wird.

Diese Untersuchungen heben vor allem Schwächen hervor, die auf Informationsmängel und Interaktionsbarrieren zurückführbar sind. Wir werden an anderer Stelle auf diese Mängel verweisen. Auch auf die übermittelten Informationen wird im Folgenden detailliert eingegangen (s. Kap. 2.3 und Kap. 3.3.4.1).

2.2.3 Zusammenfassung[1] und Zielsetzung

Das Verhalten von Arzt und Patient in der Konsultationssituation bildet den Mittelpunkt der Arbeit. Es handelt sich dabei um das Verhalten zweier Interaktionspartner, die mit verschiedener Funktion ein gemeinsames, übergeordnetes Ziel anstreben - die Heilung des Erkrankten - und das Ziel durch Handlungen zu erreichen versuchen, die sich gegenseitig ergänzen.Auch wenn ihre Mittelwahl zur Zielerreichung unterschiedlich ist, sollten sie eine vollständige beiderseitige Informationsvermittlung im Auge behalten. Dabei ist ganz besonders an den Arzt die Erwartung gestellt, seinen Patienten optimal zu informieren, d.h. so umfassend und verständlich, daß dieser sich in seinem heilungsbezogenen Verhalten danach richten kann.

Die funktionale Rollendifferenzierung - Experte und Laie - von Arzt und Patient wird in dieser Arbeit untersucht. Sie wird in der Informationsvermittlung sichtbar, auch wenn man aus dem gesamten Verhaltensspektrum nur den schmalen Bereich des Verbalverhaltens auswählt. Die Bedeutung des Verbalverhaltens des Arztes, wie seines Interaktionsverhaltens allgemein, liegt in seiner Wirkung auf die Bereitschaft des Patienten, seinem Rat zu folgen.

---

1) Auf eine zusammenfassende Übersicht über Arbeiten zur Arzt-Patient-Beziehung ist hier verzichtet worden, weil zu diesem Punkt ein Literaturbericht (SAIBER, 1977) ebenfalls im Rahmen dieses Projektes erstellt wurde.

Durch die funktionale Differenzierung zwischen den Interaktionspartnern erscheint die dominierende Rolle des Arztes im Konsultationsgespräch fast als zwangsläufig. Eine Analyse der verbalen Äußerungen von Ärzten und Patienten soll die Dominanz des Arztes verdeutlichen und die Abhängigkeit der Patientenäußerungen von den Arztäußerungen zeigen. Hier werden die Überlegungen von Status- und Rollendifferenzen als konstituierende Faktoren für Kommunikationsbarrieren von Bedeutung, wie sie BOESCH (1974) ausführte.

Übernimmt der Arzt die Führung des Konsultationsgesprächs, wie SZASZ & HOLLENDER (1956) in ihrem Modell der "guidance - cooperation" zum Ausdruck gebracht haben, so geschieht dies auf unterschiedliche Weise. Der Arzt kann sich mehr oder weniger eng an das erwartete Rollenverhalten des Statushöheren anlehnen. Manchmal hebt sich das gezeigte Verhalten vom Sollverhalten ab, wie es als ideales Verhalten für den Statushöheren vorgeschrieben ist. Wir erwarten daher, daß sich Ärzte in ihrem Interaktionsstil unterscheiden. Der Interaktionsstil wird durch das Verbalverhalten operationalisiert. Meßvariablen sind die ärztlichen Äußerungen, die wir nach ihren formalen Charakteristiken und nach ihrem Inhalt betrachten werden.

Im Rahmen der Therapieprozeßforschung, aber auch bei Betrachtung von Beratungsgesprächen - seien dies therapeutische oder verkaufsstrategische Gespräche - stellt man eine Struktur der Gespräche fest, mit Anfangs-, Verlaufs- und Endphase. Wir gehen von der Annahme aus, daß Konsultationsgespräche ebenfalls eine durch Phasen gekennzeichnete Struktur aufweisen, die sachlich-inhaltlich definiert ist und von Patienten- und Arztmerkmalen abhängt.Diese Annahme weist auf Unterschiede im Verhalten der Ärzte , damit auf Unterschiede in den Gesprächen hin , die z.B. abhängen von dem Bekanntheitsgrad der Patienten (dem Arzt noch nicht bekannt vs. bereits von diesem Arzt behandelt worden), von der Symptomatik oder dem Status des Patienten.

Das Konsultationsgespräch kann man als Entscheidungsprozeß betrachten, der die Handlungsbereitschaft beider Partner voraussetzt und auf einer gemeinsamen Handlungsbasis vonstatten geht. Die Handlungsbereitschaft wird durch die Anwesenheit im Sprechzimmer signalisiert. Die gemeinsame Handlungsbasis muß dagegen oft erst zustandekommen. Störungen treten u.a. dann auf, wenn Handlungsbereitschaft nur teilweise vorliegt oder eine gemeinsame Handlungsbasis nicht erreicht wird. wenn der Patient beispielsweise den Anordnungen des Arztes bezüglich seiner Therapie nicht Folge leistet oder der Arzt nicht versucht, die Äußerungen des Patienten zu verstehen. Teil des Interaktionsstils ist das Bemühen zu verstehen und sich dem andern verständlich zu machen. Die Frage, die hierbei interessiert ist, inwieweit Ärzte diesem Anspruch nachkommen. Sie wird sich anhand der Verteilung von Inhalten und anhand der Struktur der Gespräche hinsichtlich eines Teilaspekts überprüfen lassen, der die Ausführlichkeit der Informationsvermittlung anbetrifft.
Dem Konsultationsgespräch liegt ein Entscheidungsfindungsmuster zugrunde, nach dem die Abfolge der einzelnen Inhalte sachlogisch angeordnet sind. Wie in jedem Entscheidungsprozeß müssen bestimmte Informationen vor der Entscheidung bekannt sein. Entscheidungen des Arztes sind Diagnosestellung und Therapievorschlag. Die sachlogische Anordnung der Inhalte wird bei den verschiedenen Ärzten in unterschiedlichem Maß angewendet.

Immer kann man die hier angeführten generellen Annahmen unter dem modifizierenden Einfluß ausgewählter Variablen der Patienten, Ärzte oder Umgebung sehen und weitere speziellere Annahmen generieren. Diese speziellen Annahmen werden an den entsprechenden Stellen genannt.

2.3 DIE ARZT-PATIENT-INTERAKTION ALS ENTSCHEIDUNGSPROZESS MIT SEQUENTIELLEM CHARAKTER

Die Interaktion zwischen Arzt und Patient ist als Kommunikationsprozeß gleichzeitig ein Entscheidungsprozeß, in dem der Arzt die Sicherheit seines Vorgehens und seiner Aussage durch Vergrößerung seines Informationsstandes zu erhöhen versucht. Er muß die nach erster Nennung von Symptomen vorläufig vorgenommene hypothetische Diagnose durch weitere Symptome verifizieren oder aber zu einem anderen Schluß gelangen. Diese progressive, gezielte Annäherung wurde von BOESCH (1964) als die "klinische" Methode in der psychologischen Diagnostik beschrieben; sie gilt aber generell für alle mit anamnestischen Daten arbeitenden diagnostischen Vorgehensweisen wie auch für alle Entscheidungsprozesse, bei denen man zur Entschlußfassung Informationen sammeln und verarbeiten muß. Bei der Aufnahme der Informationen spielen Selektionsprozesse eine Rolle, die von Variablen abhängen, wie: Vorwissen oder Bekanntheitsgrad der Person bzw. des Erscheiungsbildes einer Krankheit, bisherige Erfahrungen, Erwartungen und Antizipationen von Verhaltensweisen und Handlungsabläufen, situative Gegebenheiten. Diese Informationsverarbeitung bezeichnet BOESCH (1974) als "Verstehen", nämlich Verstehen von Botschaften, die ihrerseits Übersetzungen von Intentionen sind. BOESCH klammert hier die nicht verbale Botschaft aus und bezieht sich im Weiteren nur auf die verbalisierte, die er abhängig sieht von Parametern der Gesamtsituation: "Die Einschätzung des sozialen Partners, die Handlungen, die man von ihm erwartet oder erhofft, die Handlungen, die man selber anstrebt und ähnliches mehr. Fassen wir diese Parameter unter den Begriffen 'Evaluation' (= Situationseinschätzung), 'Antizipation' (= Voraussicht wahrscheinlicher Ereignisse) und 'Zielsetzung' (= erhoffte Ereignisse) zusammen und fügen noch hinzu, daß alle drei in einer hier nicht näher umschriebenen Weise von den bisherigen Erfahrungen der kommunizierenden Person abhängen.." (BOESCH, 1974, S. 11), so findet sich da der Rahmen, in dem

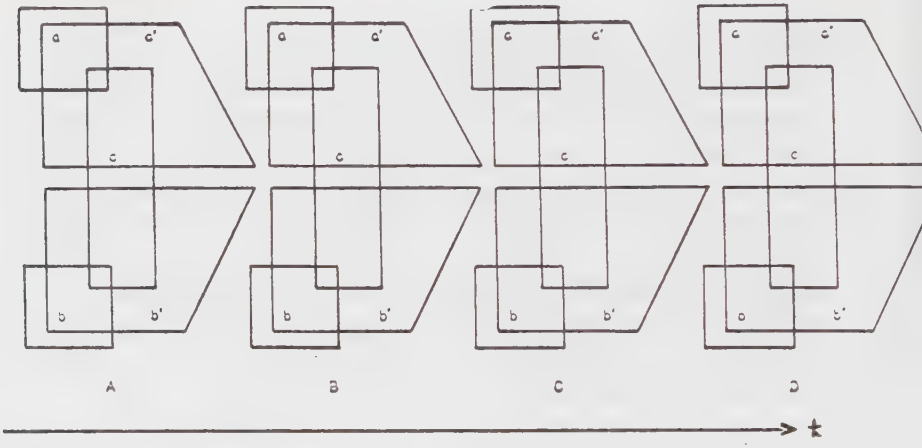
Informationen in Entscheidungsprozessen verarbeitet werden, bestätigt.

Andere Autoren, so LENNARD & BERNSTEIN (1970), haben den Aspekt des Prozeßhaften in der Interaktion in ihrer Arbeit verwendet und sprechen in diesem Zusammenhang von Phasen und serialen Prozessen. Sie verweisen in diesem Zusammenhang auf zwei Modelle: Das ist einmal ein "reaktives" Modell, wie etwa das von BALES (1953), der Interaktion zu einem gegebenen Zeitpunkt als die Reaktion oder Beantwortung eines vorangegangenen Interkationsprozesses ansieht. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf länger andauernden Interaktionsketten. Das zweite von LENNARD & BERNSTEIN bevorzugte Modell bringt kumulative Effekte des Interaktionsprozesses zur Geltung.

Aus beiden Modellen folgt jedoch ein methodisches Vorgehen, das für die Analyse längere Interaktionen oder Texte voraussetzt, als man für Inhaltsanalysen allgemein voraussetzt. LAZARSFELD und BERELSON (1949), SANDELL (1977) und WERSIG (1968) verweisen auf inhaltsanalytische Studien, denen Schauspiele, Zeitungsartikel, Reden oder Filmmaterial (LEWIN, 1958; McGRANNAHN & WAYNE, 1948; SMYTHE & HORTON, 1951, u.v.m.) Romane (CARROL, 1960), Kurzgeschichten (MOERK, 1973), Textaufzeichnungen von Gruppendiskussionen (COPE, 1969) zugrundeliegen oder auf Therapeuten-Klienten/Patienten-Gespräche von längerer Dauer und aus wiederholten Sitzungen (GOTTSCHALK, 1961). Die meisten dieser Untersuchungen verwenden nur zeitlich begrenzte Ausschnitte des Gesamtmaterials, um zu ihren Aussagen zu gelangen.

Die Arzt-Patient-Interaktion stellt ebenfalls letztlich einen Ausschnitt aus einer Kette von Interaktionserlebnissen des Patienten mit Ärzten und umgekehrt des Arztes mit Patienten dar, wobei der Arzt die Entscheidung fällt hinsichtlich der Diagnose der zu vermittelnden Behandlungs und Verhaltensratschläge.

Beispiel des Zusammentreffens eines Arztes und eines Patienten in Konsultationsgesprächen zu vier verschiedenen Zeitpunkten:



t	Zeitdimension
a,b	kultureller, gesellschaftlicher Bezugsrahmen von Arzt und Patient (Bezugsgruppen)
a', b'	Arzt und Patient, die sich im Konsultationsgespräch begegnen
c	Interaktion Arzt - Patient, Interaktionsprozess u. Situation (s. auch Abb. 2, S. 21)
A,B,C,D	Zeitpunkte, (Sprechstunden) zu denen die Konsultationsgespräche stattfinden, wobei der zeitliche Abstand variieren kann.

Die graphische Darstellung soll den zeitlichen Aspekt in der Kette von Konsultationen verdeutlichen, in denen der Patient mit dem Arzt zusammentrifft. Innerhalb eines Konsultationsgesprächs läßt sich der ablaufende Interaktionsprozeß registrieren und kodieren, wie etwa bei BALES verbale Verhaltensweisen einbezogen werden.

Er läßt sich zudem als verbaler Informationsaustauschprozeß sehen, der in der geschilderten Weise zu einer Entscheidung führen soll, wobei die nicht verbalen Hinweise sicher eine bedeutsame Rolle spielen, doch sollen diese für die folgenden Überlegungen außer acht gelassen werden.

Die verbalen Informationen, die der Arzt für seine Entscheidungsfindung benötigt, stehen für uns im Mittelpunkt der Interaktion, wobei wir unterscheiden zwischen den Informationen, die er erfragt und den Informationen, die er an den Patienten weitergibt. Hierbei lassen sich wieder zwei Aspekte unterscheiden, der eine behandelt die Art der Informationserlangung oder -vermittlung, und der andere behandelt die Inhalte. Die Art der Informationsgewinnung beeinflußt mit Sicherheit die Ausführlichkeit oder Menge der vom Patienten gegebenen Inhalte, die Art der Informationsvermittlung wiederum wirkt sich auf Verstehen, Behalten und Befolgen der vermittelten Information durch den Patienten aus.

Für seine Entscheidung benötigt der Arzt eine bestimmte Menge von Informationselementen aus einer Gesamtmenge von Informationen, deren Anzahl sich wiederum nach den Gegebenheiten richtet, die am Kapitelanfang genannt wurden, wie dem Vorwissen z.B. aus dem Krankenblatt, dem Bekanntheitsgrad etc. Die Reihenfolge, in der diese Informationen eruiert werden, mag dabei in unterschiedlicher Weise erfolgen, wie auch die Informationsvermittlung durch den Arzt in unterschiedlicher Reihenfolge angeordnet sein kann.

2.3.1 Theorie der Reihenfolge, einige methodische Überlegungen zur Sequenz- oder Phasenanalyse

Die Reihenfolge der Elemente - Informationen oder Inhalte - soll Aufschluß geben über die Tätigkeitsstruktur der Interaktionspartner, außerdem über die Bearbeitungsfolgen der verschiedenartigen geistigen Objekte oder der Partizipationssequenzen der Interaktionspartner, hier von Arzt und Patient.

Die Reihenfolge, in der der Arzt Informationen erhebt, ist ein direkter Hinweis auf den ablaufenden Entscheidungs-

prozeß. Sie spiegelt - im günstigsten Falle - ein zielorientiertes Vorgehen wider, das flexibel die erhaltenen Informationen zur Abklärung bestimmter Hypothesen bezüglich der Erkrankungen verarbeitet und die vorhandenen Gegebenheiten von Situation und Person des Patienten ignoriert. Sie zeigt zugleich, wie unkoordiniert und ungezielt anamnestische Befragungen - im ungünstigsten Falle - verlaufen können.

Die Partizipationssequenz, d.h. die Reihenfolge, in der der Arzt zum Sender und der Patient zum Empfänger wird und umgekehrt der Patient zum Sender und der Arzt zum Empfänger, kann man im Dialog Arzt-Patient hintanstellen, da nur zwei Interkationspartner am Gespräch beteiligt und eher das Ausmaß ihres Anteils am Gespräch und vor allem ihre Informationen von Bedeutung sind.

Wie gezeigt, bestehen die Reihenfolgen aus Elementen unterschiedlicher Qualität, in unserem Fall aus Gesprächsinhalten, die zwischen Arzt und Patient ausgetauscht werden. Das Ziel besteht nun darin, Reihenfolgen verschiedenen Ursprungs zu vergleichen, die Aufeinanderfolge von Gesprächsinhalten zwischen Ärzten und ihren Patienten zu analysieren. Wir konnten jedoch in den Sozialwissenschaften kein Auswertungsprogramm finden, das dem Vergleich empirischer Reihenfolgen gedient hätte.[1)]

Die Eigenschaften der Reihen lassen sich wie folgt kurz umreißen:

- Reihenfolgen bestehen aus einer Aufeinanderfolge von Elementen oder Einheiten, die für eine bestimmte Fragestellung nicht weiter zerlegt werden sollen.

---

1) Erst nach Abschluß dieser Arbeit wurde ein Sequenz-Analyse-Programm "SEQUAN" von WOSSIDLO veröffentlicht. Er stieß bei Erstellung seines Programms auf die gleichen Schwierigkeiten wie wir, eine Phasenanalyse zu erhalten, als wir uns mit dem Problem statistischer Datananalyse großer Mengen von ungleich langen Folgen beschäftigten, um zu einer 'Phasenanalyse' zu gelangen, können wir unsere Ausführungen eng an die seinen lehnen, die uns in einem unveröffentlichten und leider auch unvollständigen Papier zugänglich waren. Wir kommen so im Resultat zu einer anderen Vorgehensweise, als dies vermutlich bei WOSSIDLO der Fall ist.

- Die Aufeinanderfolge wird durch zeitliches Hintereinanderschalten erreicht, wobei man statt der Zeit an andere Dimensionen denken kann.
- Die Einheiten bilden eine Grundgesamtheit oder Menge und können beliebig häufig auftreten.
- Die Reihenfolgen können unterschiedlich lang sein.

Die Vergleiche von Reihenfolgen liefern Aussagen über die formale Struktur der Gespräche, nicht aber über die Art ihrer Elemente.

Die einfachste Art der Reihenfolgen für einen Vergleich besteht, wenn die Reihenfolgen gleich lang sind und lediglich die Einheiten vertauscht worden sind. Bei gleicher Anordnung wären die Folgen identisch. Auch die gleich langen Folgen mit permutierten Einheiten treten bei empirischen Daten praktisch nicht auf. Denkt man an die Variabilität von Konsultationsgesprächen, so wird klar, daß die Länge der Reihenfolgen und die Anordnung der Einheiten oder Elemente ganz verschieden ausfallen können, daß einige Einheiten gehäuft auftreten und andere wieder fehlen können.

Einige Beispiele für Reihenfolgen mit gleicher Anzahl von Elementen:

- eine geordnete Folge	1 2 3 4 5
- einige Folgen mit permutierten Elementen	1 3 2 4 5
	1 4 3 2 5
	2 4 5 1 3
- eine verlängerte Reihenfolge bei gleicher Anzahl von Einheiten	1 2 2 3 3 4 5
- eine verkürzte Folge	1 3 4

Um die Schwierigkeit ungleich langer Folgen zu überwinden, kann man sich des Hilfsmittels der Transformation bedienen, indem man alle gleichen Folgeeinheiten eliminiert oder indem man verkürzte Folgen durch Einheiten auffüllt. Dieses Vorgehen ist für

bestimmte Fragestellungen denkbar, führt aber in unserem Fall zu Verzerrungen und Fehlern. Auch die Eliminierung abweichender Folgen ist denkbar, scheint uns aber ebenfalls für unsere Fragestellung ungeeignet zu sein, da die Existenz verkürzter Folgen als Hinweis auf theoretisch ungleiche Sachverhalte dienen kann.

Es erweist sich in den Sozialwissenschaften als akzeptabel, für Vergleiche Ähnlichkeitsmaße zu verwenden. Hierzu gehören Distanzmaße, die auf Platzverfehlungen basieren, wobei die Distanz ausgedrückt wird durch die Zahl der different besetzten Plätze zweier Reihen A und B.

Die einfache Formel für ein Distanzmaß, das auf Platzverfehlungen beruht, ist:

$$P = \frac{\text{Summe der Platzverfehlungen}}{\text{Maximale Abweichung}} = \frac{s_d}{n}$$

Dieses Maß geht von gleich langen Reihenfolgen aus und läßt sich immer dann einsetzen, wenn sich die sachliche Fragestellung allein auf den Sachverhalt der unterschiedlich besetzten Positionen bezieht, nicht aber auf die strukturellen Eigenschaften der Größe der Abweichungsdifferenzen. Ein Beispiel soll das verdeutlichen:

	1	2	3	4	5	6
Beispiel 1:	6	5	4	3	2	1
Beispiel 2:	2	3	4	5	6	1

In beiden Fällen liegt zur vorgegebenen Reihe maximale Unähnlichkeit mit p = 1 vor, doch lassen sich beträchtliche strukturelle Unterschiede feststellen, wenn man die Entfernung der einzelnen Einheiten von ihrem ursprünglichen Sollplatz betrachtet. So gesehen, ist die strukturelle Ähnlichkeit des zweiten Beispiels größer als die des ersten. Das Beispiel zeigt, daß das Maß p nur beschränkt differenzieren kann.

Für die verschiedenen Problemstellungen zum Vergleich von Reihenfolgen lassen sich weitere Distanzmaße finden, von denen einige

im Anhang (Anhang 2.3, S. 1) ausführlich dargestellt werden.

Die Überlegungen zu den Möglichkeiten einer statistischen Analyse von Reihenfolgen lassen sich so weit zusammenfassen, daß entweder die begrenzte Aussage der Koeffizienten oder der große Speicherbedarf zur Berechnung der Koeffizienten oder die Notwendigkeit, ungleich lange Folgen zu transformieren, keine der genannten Methoden des Ähnlichkeitsvergleichs brauchbar erscheinen lassen. Damit ergibt sich die Notwendigkeit, eine Approximationsmöglichkeit zu finden, die den sachlichen Gegebenheiten der Daten einerseits und den realtheoretischen Annahmen andererseits gerecht wird. Diese Approximation wird in der folgenden Betrachtung näher erläutert werden (Kap. 2.3.2) und in Kapitel 3.6. ihre Anwendung finden.

2.3.2 Die Sequenz des Arzt-Patient-Gesprächs

Wir haben zuvor zu verdeutlichen versucht, daß die Arzt-Patient-Interaktion ein Prozeß zum Austausch von Informationen ist. Diese Informationen sind inhaltlich determiniert durch die Tatsache, daß der Erkrankte die Sprechstunde des Arztes im Krankenhaus oder in der Praxis aufsucht. Ort und Anlaß legen die Vermutung nahe, daß der Patient im Konsultationsgespräch wissen möchte, an was er erkrankt ist und welches die entsprechende Behandlungsmethode ist. Andere - nicht krankheitsbezogene - Themen sind in diesem Gespräch mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu erwarten. Die einzelnen, inhaltlich bestimmbaren und festgelegten Informationseinheiten sind die Elemente, die in ihrer Gesamtheit die Reihenfolge des Interaktionsprozesses darstellen. Je nach 'Offensichtlichkeit der

Erkrankung, je nach Symptombild also, benötigt der Arzt weniger oder mehr Informationen, bis er die Entscheidung bezüglich Diagnose und Therapie fällen kann.

Die Folge von Informationen kann daher in einem Fall länger, im anderen kürzer sein. Weitere Variablen, die Einfluß auf die Länge der Folgen ausüben, werden im Folgenden genannt. Als erste Variable steht - im Zusammenhang mit der Symptomatik - die bisherige Besuchshäufigkeit beim Arzt. Bei einem chronisch Erkrankten, der in regelmäßigen Abständen den Arzt aufsucht, nur um Medikamente zu erhalten, kann die Folge minimal lang sein und die Variation der Inhalte, d.h. der unterschiedlichen Elemente, ebenfalls sehr begrenzt. Kommt andererseits ein Patient zum ersten Mal zu diesem Arzt, muß man vermuten, daß die Folge lang und die Variation der inhaltlichen Elemente groß ist.

Als Folge dargestellt:
Beispiel eines chronisch Kranken:
4 5 5 5 6 6 6

Beispiel des Erstpatienten:
1 1 2 3 3 4 4 5 5 5 5 5 4 6 5 6

Diese beiden Reihen sollen genügen, um die praktischen Schwierigkeiten eines Vergleichs zu verdeutlichen.

Eine weitere Variable in diesem Zusammenhang ist der Interaktionsstil des Arztes, den man, greifen wir auf BALES (1970)[1] zurück, als dominant, emotional und an den anderen orientiert bezeichnen kann. SCHNEIDER (1974) hat gezeigt, daß sich BALES' Interpersonal Rating Questionnaire, für Beobachtungsskalierung umgearbeitet, zur Lokalisierung von Ärzten in BALES' dreidimensionalem Raummodell verwenden läßt.

---

1) BALES (1970) hat ein dreidimensionales Modell mit drei Faktoren zur Beschreibung von Gruppeninteraktionen vorgeschlagen: 1. upward-downward (Dominanz-Submission), 2. positive-negative (emotional positive - emotional negative), 3. forward-backward (gruppenorientiert - selbstbezogen und gruppendistanziert).

Außerdem läßt sich der Interkationsstil des Arztes operationalisieren durch objektive Kriterien, wie Art der Anamneseerhebung, der Fragenformulierung und der Art, in der er Anweisungen oder Ratschläge erteilt, auch mit welcher Intensität ein Inhalt behandelt wird. (PARKER, 1967; PLAJA, COHEN & SAMORA, 1968).

Im Zusammenhang mit dem Interaktionsstil kann auch der verwendete Sprachkode oder Soziolokt gesehen werden, in dem die soziale wie kommunikative Distanz zum Ausdruck kommt (RUPRECHT, 1972; ZOLA, 1963). Zu ergänzen ist hier die Zugehörigkeit zu oder die Loyalität gegenüber bestimmten sozialen oder beruflichen Gruppen. Eine weitere Größe, welche die Länge der Interaktion beeinflußt, sind die Persönlichkeits- und Einstellungsvariablen, aber auch die fachlichen Interessen des Arztes (ZOLA, 1963). Eine letzte beispielhafte Variable stellt die Krankenhausorganisation dar, der Andrang der Patienten, die Anzahl der Helfer, die dem Arzt zur Verfügung stehen und der ärztlichen Kollegen und vor allem die Räumlichkeiten, in denen die Sprechstunden stattfinden (ZOLA, 1963).

Hier müssen wir auch Geschlecht und Alter der Patienten sowie deren Aussehen etc. anführen. Die genannten Variablen bilden einen Ausschnitt aus der großen Anzahl möglicher Beeinflussungsgrößen für die Reihenfolgenlänge und deren Elementanordnung.

Mit der Länge der Reihenfolge und der Anzahl der Elemente oder inhaltlicher Einheiten korrespondiert die Dauer des Gesprächs, wobei Variationen selbst von Konsultationsgesprächen mit gleicher Länge und Elementanordnung dadurch auftreten können, daß einzelne Elemente mit unterschiedlicher Intensität behandelt werden. Diese Ausführungen

zeigen jedoch, daß es mit dem vorhandenen Methodenarsenal praktisch unmöglich ist, Arzt-Patient-Interaktionen hinsichtlich ihrer Struktur und unter Beibehaltung realer Bedingungen und unter Einbeziehung der genannten Variablen miteinander zu vergleichen.Ein Vergleich von Interaktionen wird sich deshalb, was die Reihenfolge generell anbetrifft, nicht nur einer Approximationsmöglichkeit bedienen, sondern auch auf Ausschnitte aus dem Variablenspektrum beschränken müssen.

Eine Approximationsmöglichkeit, wie sie zum Vergleich von Reihenfolgen, d.h. zum Vergleich der Interkationsabläufe im Konsultationsgespräch zwischen Arzt und Patient, adäquat erscheint, geht von der Annahme einer logischen Abfolge A von Inhaltselementen (Informationen/Signalen) aus, die der Arzt wählt, um zu Diagnose und Therapievorschlag zu kommen. Dieser logischen Abfolge oder Anordnung der Inhalte A steht das individuelle Vorgehen I gegenüber, bzw. das durchschnittliche Vorgehen S der Ärzte im allgemeinen.

Die theoretisch abgeleitete "logische" Folge A kann durch den Vergleich mit der durchschnittlichen Folge S eine realitätsgerechte Korrektur erfahren. Die so entstandene Folge G besagt, daß ein Inhalt oder Element 1 den Elementen 2,3,... n, vorausgehen sollte, daß er aber mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit auch dem Element 2 folgen darf, jedoch beispielsweise nicht den Inhalten 3,... n. Die Korrektur kann auch dazu führen, daß beispielsweise Element 3 und 4 beliebig in der Reihenfolge austauschbar sind.

Folge A: 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7 8 8

Folge B: 1 2 3 1 2 3 5 5 4 4 6 6 7 7 8 8

Da aus obengenannten Gründen Folge I und Folge A oder G in der gegebenen Form nicht vergleichbar sind, legten wir

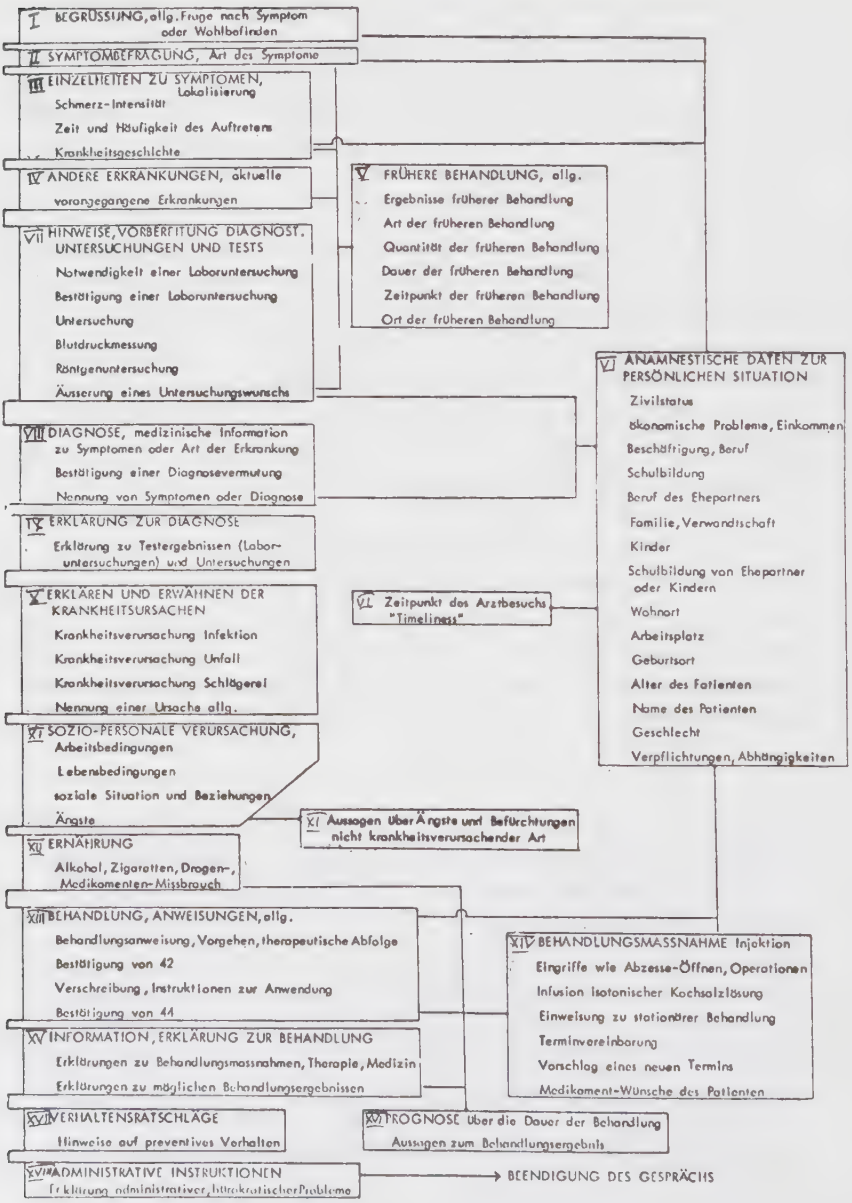
dem approximativen Vergleich die Differenzen zwischen den aufeinanderfolgenden Elementen zugrunde, relativierten sie jedoch aufgrund der Wahrscheinlichkeit, mit der bestimmte Elemente aufeinanderfolgen dürfen. Die so erreichte Summe aller Differenzen liefert ein Maß über die Nähe der individuellen Folge I zur hypothetischen Folge.

Dieser Vergleich ist nicht unabhängig von der Länge der Folge, der errechnete Wert ist die Summe aller Differenzen, denn je mehr Elemente ein Folge haben kann, d.h. je länger sie ist, desto öfter tritt die Wahrscheinlichkeit auf, daß Elementpaare differenzieren. Der berechnete Summenwert der Differenzen muß deshalb mit der Folgelänge relativiert werden. Man kann ihn hierfür in Beziehung zu der jeweiligen Summe aller Elemente oder auch zur Interatkionsdauer setzen.

Wir beziehen uns bewußt bei diesem Vorgehen nicht auf den Stellenwert eines Elements in der Reihe. Der Stellenwert des einzelnen Elements wird jedoch bei der Zuordnung der Werte 1...n mit der Bedeutung berücksichtigt, daß ein bestimmtes Element auf dem ersten, zweiten,... nten Platz stehen sollte. In der Differenzbildung geht damit die Abweichung vom Stellenwert indirekt mit ein.

Ein Beispiel soll das Vorgehen veranschaulichen. Es läßt sich vorstellen, daß die in einem Konsultationsgespräch zwischen Arzt und Patient ausgetauschten Informationen 13 inhaltlichen Kategorien zugeordnet werden können (s. auch Abbildung 3 S. 48 und Abbildung 9, S. 100, Kap. 3.3.4.1). Diese Kategorien erhalten die fortlaufenden Numerierung 1 bis 18, gemäß ihres Stellenwertes in einer hypothetischen Folge, d.h. die Anamnese erhält eine Zahl, die kleiner ist als die der Behandlungsanweisung und diese wieder eine Zahl, die kleiner ist als die

Abbildung 3 Flußdiagramm für Konsultationsgespräche



der Verschiebung. Dementsprechend sieht die aktuelle Folge etwa so aus:

	1	2	2	2	3	3	4	5	5	4	7	7	7	8	8	10	12
										(1)	(3)				(2)	(2)	(Abw.diff.)
oder	2	2	3	2	4	3	4	6	6	5	7	8	7	8	9	11	13
			(1)	(2)	(1)		(2)		(1)	(2)		(1)			(2)	(2)	(Abw.diff.)

Die Summe der Abweichungsdifferenzen ist für das erste Beispiel 8 und für das zweite Beispiel 14, bei gleicher Folgenlänge. Wir berücksichtigen die Regel, daß die einer Zahl folgende der vorangehenden gleich oder um eins größer sein darf, ohne daß eine Differenz gezählt wird, da diese Differenz der hypothetischen Annahme folgt. Ist die Folgezahl aber kleiner oder um mehr als eins größer, wird die Differenz aufaddiert. Wird eine Anpassung an den durchschnittlichen realen Verlauf vorgenommen, werden die Differenzen entsprechend gewichtet.

Bei diesem Vorgehen kristallisieren sich vier voneinander abhängige Größen des Arzt-Patient-Gesprächs heraus:

1. Die Menge der Elemente einer Reihe, d.h. die Menge der angesprochenen Inhalte insgesamt (INHM).

2. Die Menge der Elemente, die vom hypothetischen Verlauf abweichen (FABW)

3. Die Summe der absoluten Abweichungsdifferenzen (SABW)

4. Die Summe der gewichteten Abweichungsdifferenzen (GABW)

Die Argumentation,die zur Konstruktion dieser Indices führte, ließ erkennen, daß bereits implizite Hypothesen bezüglich des Gesprächsverlaufs bestehen, die sich insbesondere an den Fähigkeiten des Arztes orientieren, ein Gespräch zu strukturieren und zu führen. So erscheint die Annahme plausibel, daß ein Arzt

mit langer Erfahrung ein Gespräch überlegter und übersichtlicher führt und damit geringere Abweichungen vom erwarteten Verlauf zeigt, als dies bei einem Arzt mit weniger Erfahrung der Fall ist. Umgekehrt vermuten wir bei Ärzten mit geringer Praxiserfahrung höhere Abweichungswerte.

Schwierig wird jedoch die Entscheidung, ob es sich bei niedrigen Abweichungswerten um rigides oder wohlüberlegtes geordnetes Vorgehen handelt, bzw. ob höhere Werte nicht eher Ausdruck einer notwendigen Flexibilität statt eines konzeptionslosen Suchens sind. Die Entscheidung hierüber wird man erst bei individueller Beurteilung weiterer Gesprächsmerkmale treffen. Merkmale der Interaktionspartner, wie auch ihrer Umgebung, werden ebenfalls Ursache für Variation sein und werden deshalb später miteinbezogen.

Kommen wir aber zurück auf den Ausgangspunkt, daß das Arzt-Patient-Gespräch vor allem aufseiten des Arztes als Entscheidungsprozeß betrachtet werden kann. Dann läßt sich das Phasen-Theorem auch hier anwenden, das besagt, daß ein Entscheidungsprozeß aus einer bestimmten Zahl voneinander abgrenzbarer Phasen unterschiedlichen Denk- und Tätigkeitsgehalts besteht (WITTE, 1968). Die Prüfung dieser Hypothese ist bedeutungsvoll, um die Entscheidungsfindung des Prozeßcharakters zu klären. BRIM et al. (1962) formulierten ein Phasenschema, mit dem gering variierend auch die Phasenschemata der meisten anderen Autoren übereinstimmen (z.B. BLEICHER, 1966), die sich mit Entscheidungsprozessen vor allem im Bereich der Unternehmerorganisation befaßt haben. Wenn sich auch die Bereiche thematisch-inhaltlich von dem hier dargestellten Bereich unterscheiden und in den zeitlichen Abläufen kaum vergleichbar sind - handelt es sich bei Entscheidungsprozessen in Organisationen doch meist um langfristige Abläufe - soll das Schema von BRIM et al. doch angeführt werden. Es besteht aus folgenden Phasen:

1. Problemidentifizierung
2. Erhalt notwendiger Informationen

3. Erzeugen möglicher Lösungen
4. Bewertung dieser Lösungen
5. Auswahl einer Durchführungsstrategie
6. Aktuelle Durchführung

Nimmt man die "Aktuelle Durchführung" (6) aus, hat man den von anderen genannten 5-stufigen Entscheidungsprozeß, wie den hier von VANCE (1959) stellvertretend genannten:

1. Perception
2. Conception
3. Investigation
4. Deliberation
5. Selection

Andere Autoren formulieren die 5 Phasen nicht explizit, haben sie aber implizit in ihren Phasen enthalten. Jedoch wurde nur in wenigen Fällen das Phasen-Theorem einer Prüfung an der Realität unterzogen (BALES & STRODTBECK, 1967).

In den Arzt-Patient-Gesprächen, speziell mit Erstpatienten, vermuten wir ebenfalls einen 5-stufigen Prozeß, bei dem aufgrund der spezifischen Aufgabenstellung eine Umverteilung geschieht. Die Problemidentifizierung wird hier im Rahmen der Informationsermittlung erfolgen. Ergebnis der Problemidentifizierung oder des Erhalts der notwendigen Informationen hierzu ist die Diagnose. Hier wird arztintern eine mögliche Lösung erzeugt und bewertet. Dann folgen Therapievorschläge, also die Auswahl einer Durchführungsstrategie, der Arzt erklärt die Therapie und verschreibt Medikamente. Obwohl wir das Arzt-Patient-Gespräch ebenfalls in die 5 vorgesehenen Phasen aufgliedern könnten, scheint es uns für unser Material sinnvoll zu sein, nur drei Phasen beizubehalten. Im empirischen Teil besprechen wir noch einmal das Phasenproblem, wobei wir dort von einem mehr praktisch orientierten Ansatz ausgehen, jedoch zu dem gleichen Ergebnis kommen werden.

Welches Phasenschema für Arzt-Patient-Gespräche sich bei Überprüfung mit empirischen Daten als bestes erweisen wird, ist jedoch für die Beurteilung der Gesprächsführung von sekundärer Bedeutung, da sowohl das eine als auch das andere Phasenschema bestimmten Ordnungsprizipien folgt, die festzustellen eines der Probleme des empirischen Teils sein wird.

Zur Bestimmung der Struktur des Gesprächs bieten sich die einzelnen Elemente an. Ihren Stellenwert in der Reihenfolge kann man aufgrund ihrer ungleichen Länge nicht direkt vergleichen. Stattdessen stellen wir fest, welche Inhalte in den Phasen auftreten. Nehmen wir zur Verdeutlichung ein fiktives Beispiel, bei dem 13 angenommene Inhaltskategorien über 3 Phasen verteilt sind, könnte sich etwa folgendes Bild ergeben:

Inhaltskategorien und Häufigkeit ihres Auftretens in den Phasen

	INHALTSKATEGORIEN												
PHASEN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12
Anfangsphase	3	4	4	3	2	1							
Hauptphase				2	3	5	5	6	5	3	2		
Endphase						2	3	4	4	5	5	6	6

Die Verteilung der Inhalte in den individuellen Gesprächen kann möglicherweise weitere Indices liefern, die Aussagen über das Vorgehen des Arztes und seinen Entscheidungsprozeß machen.

2.4 VORBEMERKUNGEN ZUM EMPIRISCHEN TEIL

2.4.1 Das Zustandekommen der Arzt-Patient-Interaktion

"Den Hintergrund für das Zustandekommen dyadischer Interaktion", so schreibt ARGYLE (1969,S.165) verallgemeinernd, "bilden Motivationen, die in der Begegnung befriedigt werden können". Diese grobe Vereinfachung der bisher genannten Bedingungen für eine Interaktion bedarf für die Arzt-Patient-Beziehung noch einer Präzsisierung, etwa im Sinne BOESCHS (1974), der beim Patienten einerseits die Zielvorstellung "Gesundung" und andererseits die Einschätzung der ärztlichen Kompetenz als antizipierte Wahrscheinlichkeit des Zieles sieht. Eine der von ARGYLE genannten Motivationen wäre demnach der Wunsch des Patienten, durch fachmännische Hilfe von einer Erkrankung geheilt zu werden. Er weiß aus eigener Erfahrung oder aus Berichten seiner Umgebung, daß ein traditioneller Heiler - den wir hier aber ausklammern - oder ein moderner Arzt die hierfür notwendigen Kenntnisse und Mittel besitzt.

Es kann hier nicht unsere Aufgabe sein, auf die Genese des Krankwerdens einzugehen(s. hierzu ROBINSON,1971; SUCHMAN, 1965), obowhl die sich aufseiten des Patienten abspielenden Entscheidungsprozesse für den Krankheitsverlauf und Therapieverlauf Konsequenzen haben können. Letztendlich wird der subjektiv empfundene Leidensdruck ihn, selbst bei ernsten Bedenken und bei Unsicherheit in der Einschätzung des Arztes, in dessen Sprechstunde kommen lassen.

Daneben spielen aber noch andere Faktoren eine Rolle, die besonders in den Ländern der Dritten Welt von Bedeutung sind. Da exisitiert das oft dünngespannte Netz der meist ungenügenden medizinischen Versorgung einerseits. Da fehlen andererseits Straßen oder andere Verkehrsverbindungen, um die Entfernungen zum nächsten Arzt, zur nächsten Gesundheitsstation oder zum nächsten Krankenhaus in annehmbarer Zeit zu überbrücken. Hierdurch wird ein Zustandekommen der Interaktion erschwert. Die räumliche Distanz zum Krankenhaus wirkt als Barriere (s. hierzu Abb. 4, S. 54).

Abbildung 4 Karte des Untersuchungsgebiets

KARTE VON THAILAND

Untersuchungsgebiet ist eingerah

2.4.2 Die situationale Einbettung der Arzt-Patient-Interaktion

Interaktion findet in einem sozial wie auch lokal definierbaren Rahmen statt. Je nach Formalisierung, Spezialisierung und Normierung der Rollen von Interaktionspartnern werden die lokalen Gegebenheiten ausgestaltet. Während sich die Interaktion zwischen Farmern irgendwo im dörflichen Bereich zwischen Hof und Feld abspielen kann, hat der Handwerker bereits einen festen Arbeitsplatz im Dorf, meist auf seine Werkstatt begrenzt. Um die Dienste der Administration oder Einrichtungen der medizinischen Versorgung in Anspruch nehmen zu können, muß der gewohnte Bereich verlassen werden. Häufig ist dies mit einer längeren Fahrt verbunden, da diese Institutionen fast ausschließlich in städtischen Zentren angesiedelt sind, wo sie sich wiederum scharf von ihrer Umgebung abheben, z. B. durch einen großen Zaun von ihr abgetrennt sind.

Die funktionale Gliederung des Krankenhauses bildet ebenfalls Barrieren für den Außenstehenden, dem nur Zugang zu bestimmten Abteilungen möglich ist, während ihm der Rest fremd, unstrukturiert und unbekannt bleibt. Die Interaktion mit dem Arzt hat für den Patienten ein Vorspiel an der Rezeption und im Warteraum. Sobald ein Kranker das Krankenhaus betritt, um behandelt zu werden, meldet er sich an der Rezeption an, wird dort nach seinen Symptomen befragt und erhält eine Karte ausgehändigt, die für spätere Besuche auf sein Krankenblatt hinweist. War er schon einmal zur Behandlung da, braucht er nur diese Karte vorzuweisen. Die zentral gelegene Eingangshalle der Krankenhäuser ist meist Warteraum für die ambulant zu behandelnden Patienten. Die Poliklinik ist von den anderen Stationen getrennt.

Eine emotionale Barriere bildet die vielerorts auftretende Einstellung zum Krankenhaus. Die Arzt-Patient-Interaktion, so haben wir zuvor festgestellt, kann nicht per se betrachtet werden, vielmehr muß sie angesehen werden als ein Glied in

einer Kette von Erfahrungen (s. Darstellung in Kap. 2.3, S.35), die beeinflußt durch das sozio-kulturelle Umfeld und die augenblickliche Situation im medizinischen Bereich gemacht wurden. Diese verschiedenen Einflußfaktoren wirken in unterschiedlichem Maße auf Arzt und Patient ein. Zu den langfristig gemachten Erfahrungen kommen besonders für den Patienten die augenblicklichen Erfahrungen, die er mit Betreten des Krankenhauses macht, bis zu dem Augenblick, wo er tatsächlich dem Arzt gegenübersitzt.
Die fremde Umgebung des Krankenhauses, die für den Patienten befremdliche Situation, kann Unsicherheit in ihm hervorrufen, Angst erzeugen, die auf beängstigenden Erzählungen anderer beruht oder auch auf eigenen negativen Erfahrungen. Über 80% der Thais leben außerhalb der Städte, z.T. in abgelegenen Gebieten, die weit entfernt vom modernen Krankenhaus sind. Nur selten kommen sie in die Städte und dort mit modernen Einrichtungen in Berührung[1]. Regierungsstellen, Verwaltungsbüros und andere staatliche Einrichtungen vermeiden die einfachen Leute lieber, so auch das Krankenhaus, das in der Vorstellung vieler Thais noch heute eher ein Ort zum Sterben als zum Gesunden ist. Das Krankenhaus ist für sie ein unheimlicher Ort, den sie lieber meiden, solange sie gesund sind. Selbst in Krankheitsfällen suchen sie lieber Hilfe bei anderen Quellen, wie bei traditionellen Heilern, Medikamentenverkäufern, Dorfärzten, aber auch beim modernen Arzt in dessen Privatpraxis.

Auch wenn mit dem Krankenhausbetrieb schon etwas vertraut, wird der Patient häufig von der Atmosphäre, die dort herrscht und von Schwestern, Helferinnen und Pflegern, die ihren Status durch autoritätsheischendes Verhalten hervorzukehren verstehen, verunsichert. Angst und Unsicherheit werden in vielen Fällen

---

1) Den Kontakt mit modernen staatlichen Einrichtungen erhalten die Thais am ehesten in der Landeshauptstadt oder den Provinzhauptstädten. Aber nur jeweils 16-17 % der ausgewählten Patientenstichprobe haben 1 Jahr oder länger in der Stadt verbracht.

(gemäß unserer Patientenbefragung in etwa 60%) durch Begleitpersonen gemindert, die dem kranken Besucher eine soziale Rückversicherung und Stütze bieten [1]. Gemeinsam mit den Begleitern und anderen Patienten wartet man auf den Augenblick, in dem man aufgerufen wird, um den Konsultationsraum zu betreten. Dieser ist in der Regel (s. Abb.5, S.58) nur durch eine hölzerne Wand vom Warteraum und von anderen Behandlungsräumen getrennt. Offene Fenster und Türen verschaffen der frischen Luft wie auch dem Straßenlärm und dem Gesprächsgemurmel wartender Patienten Einlaß in den Konsultationsraum.

Häufig werden die Patienten nicht allein ins Behandlungszimmer gerufen, sondern zusammen mit anderen Patienten. Da werden sie nun Zeuge, wie die vorangehenden Patienten befragt werden, hinter einem Vorhang untersucht werden und wie ihnen Medizin verschrieben wird. Sie werden sozusagen auf den Interaktionsstil des Arztes eingestimmt. Es lassen sich durchaus positive Aspekte dieser Praxis finden. So können die teilnehmenden Patienten Krankheitserfahrungen bei anderen sammeln und daraus lernen. Außerdem kann die Anwesenheit anderer Personen beim Patienten angstreduzierend wirken, weil man dem Arzt nicht allein ausgeliefert ist. Dagegen fehlt in solcher Situation jede Vertraulichkeit, im Sinne der 'privacy', die für ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient so grundlegend wichtig erscheint. In Gegenwart anderer werden häufig Dinge unerwähnt bleiben, die besonders bei psychisch bedingten Erkrankungen aufklärend wirken würden. Viele Patienten mögen sich zudem scheuen, über ihre Intimsphäre zu berichten, wenn außer dem Arzt auch andere nicht zum Krankenhaus zählende Personen mithören.

---

1) Die Unsicherheit der Patienten zeigt sich unter anderem darin, daß sie es bevorzugen, sich zum Krankenhaus begleiten zu lassen. Wenn wir von den Befragungen von Patienten ausgehen, so lassen sich 59.2 % der Patienten beim ersten Krankenhausbesuch begleiten, bei wiederholtem Besuch nur 51.6 %.
Hierbei kann unterschieden werden zwischen älteren Patienten, die sich häufiger begleiten lassen als jüngere, wobei die Kinder ausgeklammert sind, und besser gebildeten, die sich weniger häufig begleiten lassen als weniger gebildete Patienten, wobei Bildung und Alter negativ korrelieren.

Legende zu Abbildung 5

A Arbeitsplatte/Ablage

B Untersuchungsliege

D Platz des behandelnden Arztes

F Fenster

G Personenwaage

H Vorhang

M Mikrofone

O Beobachter

P Platz des behandelten Patienten

P_1

P wartende Patienten

P_2, P_3

R Tonbandgerät

S Stetoskop

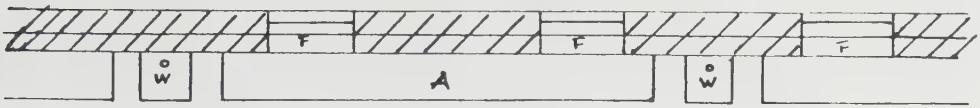
U Blutdruckmeßgerät und andere Gerätschaften

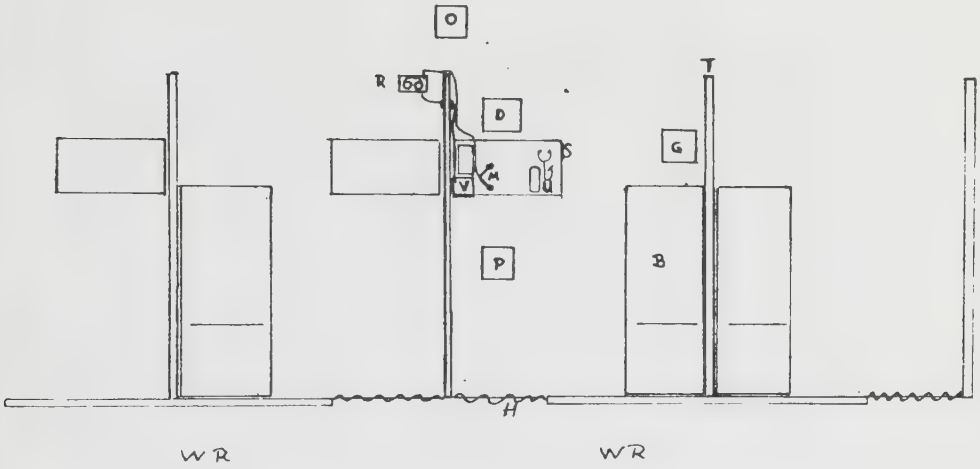
V Ventilator

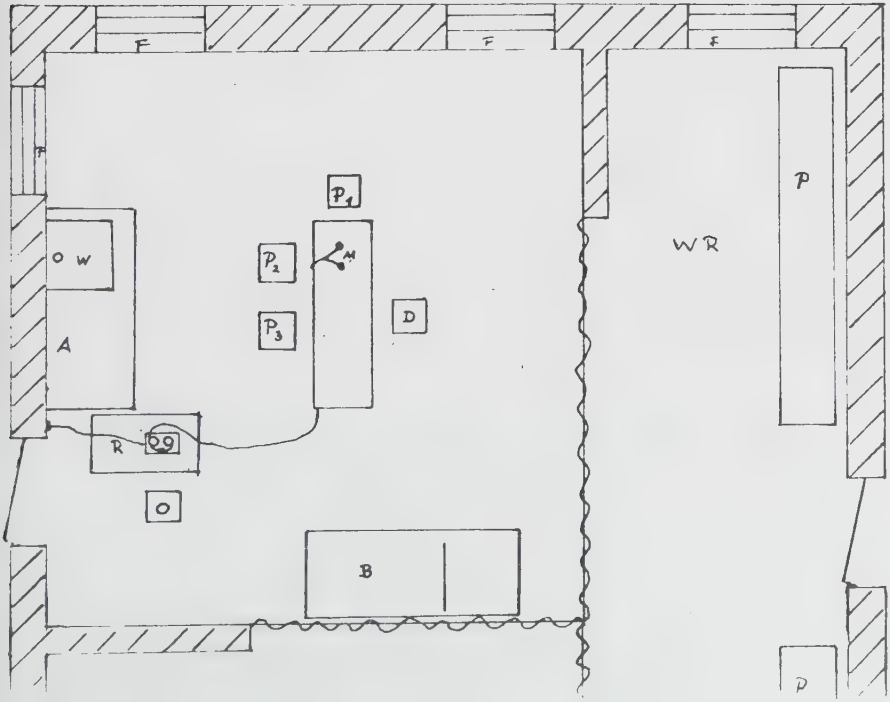
W Waschbecken

WR Warteraum für Patienten

Abbildung 5 Grundrisse von Konsultationsräumen staatlicher Krankenhäuser in Thailand (Krankenhaus 6 und 7)







2.4.3 Die institutionale Einbettung der Arzt-Patient-Interaktion

Das Gesundheitsministerium finanziert und überwacht zum überwiegenden Teil die Krankenhäuser in Thailand. Es gibt jedoch auch einige private, die von einem oder mehreren Ärzten neben ihrer Privatpraxis betrieben oder von einer Mission oder anderen Vereinigungen getragen werden. In unserer Untersuchung beschränken wir uns auf Regierungskrankenhäuser.

Die Ärzte dieser Krankenhäuser sind Regierungsangestellte und unterliegen in Arbeitszeit[1] und Besoldung den allgemeinen Regeln der thailändischen Beamtenbesoldung. Zur Zeit der Untersuchung erhielt ein junger Arzt, der seine erste Dienststelle in einem Krankenhaus angetreten hatte, etwa 1.300 Baht (DM 240,-). Die Besoldung steigert sich mit den Dienstjahren und dem Rang auf etwa 3.700 Baht (DM 460,-) bei 40-jährigen Ärzten. Die Direktoren der Krankenhäuser verdienten zwischen 4.800 Baht und 5.000 Baht (DM 600,- bis DM 635,-). Wir wiesen bereits in unserer Pilot-Studie (GOLDSCHMIDT & HÖFER, 1972) auf die Probleme hin, die sich aus der geringen Besoldung der Ärzte einerseits, den Aspirationen und dem Lebensstandard der Ärzte andererseits ergeben. Die bestehende Lücke wird durch die Tätigkeit der Ärzte in ihrer Privatpraxis gedeckt, in der sie die Zeit außerhalb ihrer Dienststunden verbringen. Durch die simultane Existenz von Privatpraxen - in einigen Fällen mit angegliederter Privatklinik - und Regierungskrankenhäusern am gleichen Ort mit der gleichen personellen Besetzung kommt es zu

---

1) Die offiziellen Dienststunden im Krankenhaus liegen zwischen 8.30 und 16.30 bzw. zwischen 9.00 und 16.00, mitunter mit einer Stunde Mittagspause

Selektionsprozessen in der Patientenschaft. Wer es sich leisten kann, sucht den Arzt in seiner Privatpraxis auf, weil er sich dort eine effizientere Behandlung als im Krankenhaus erhofft. Zudem müssen im Krankenhaus häufig lange Wartezeiten in Kauf genommen werden. Deshalb ziehen es besonders Geschäftsleute vor, den Arzt am Abend privat zu konsultieren, weil sie dann sofort an die Reihe kommen. Die Sprechstunden in den Krankenhäusern suchen deshalb in besonderem Maße die Leute vom Land auf, Arbeiter, Hausfrauen, Schüler, Angestellte in niedrigen Rängen, Handwerker, Mechaniker und Arbeitslose. Die Tabelle der Berufsverteilung der Patienten (Tab. A 2, Annang S. 10) verdeutlicht diese Angabe.

Wie in allen Ländern der Dritten Welt besteht in Thailand ein chronisches Defizit in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Zum Zeitpunkt unserer Untersuchung waren 4092 Ärzte in Thailand tätig, davon entfielen auf das Gesundheitsministerium 1526 Ärzte, auf andere Ministerien 1831, 735 Ärzte waren in Diensten von Staatsbetrieben, Kommunen oder privat tätig. Diese Zahlen enthalten auch die nur in Verwaltung und Lehre tätigen Ärzte (Public Health Statistics, 1971, S. 233 f)[1].

---

1) Neueste Zahlen beweisen, daß sich die ärztliche Versorgung in der Zwischenzeit nicht verbesserte. In den 70 Provinzen außerhalb der Hauptstadt sind 2279 Ärzte tätig, d.h. durchschnittlich ein Arzt für 17280 Patienten. In Bangkok praktizieren 3517 Ärzte, und es kommen 1289 Patienten auf jeden Arzt. Im Landesdurchschnitt entfallen 7577 Patienten auf jeden Arzt. Obwohl diesen Angaben nach die Zahl der Ärzte innerhalb von acht Jahren um 1600 zugenommen hat, verschlechterte sich die Versorgung auf Landesdurchschnitt sogar.

Legt man die Berechnungen für die Bevölkerung Thailands nach dem letzten Census zugrunde, so erhält man offiziellen Angaben zufolge einen Durchschnitt von 7258 Patienten pro Arzt. Da jedoch nicht alle aufgeführten Ärzte an der medizinischen Versorgung der ganzen Bevölkerung beteiligt sind, verschlechtert sich das Verhältnis beträchtlich, vor allem, wenn man von Bangkok-Thonburi und anderen großstädtischen Zentren absieht (s. Tab. 1, S. 62). So nannte man in der Literatur für den Nord-Osten des Landes z.B. das Verhältnis 1 : 82000. In Bangkok wird ein Verhältnis von etwa 1 : 1000 Patienten pro Arzt angenommen (GOLDSCHMIDT, 1976). Diese Durchschnittszahlen verschleiern,daß sich unter den Ärzten viele Spezialisten befinden, die ebenfalls für die allgemeine Gesundheitsversorgung ausfallen.

Die Anzahl von Regierungskrankenhäusern, die mit den von uns besuchten vergleichbar waren, wurde mit 87 für 71 Provinzen angegeben, ein weiteres befand sich im Bau. Andere Ministerien, Kommunen oder private Träger unterhalten weitere 95 Krankenhäuser. Spezialkrankenhäuser, wie psychiatrische, Lepra- oder TB-Krankenhäuser, erhöhen die Zahl um 27. Zusätzlich existieren 292 Gesundheitsstationen erster Klasse[1] und 2167 Gesundheitsstationen zweiter Klasse. Die Gesundheitsstationen sind nur für ambulante Behandlung der Kranken eingerichtet. Sie übernehmen aber auch Aufgaben der präventiven Gesundheitsfürsorge[2]. Folgen des weitmaschigen Netzes von Krankenhäusern, das sich über das Land verteilt, sind hohe Zahlen bei Kranken, die ärztliche Hilfe in den Krankenhäusern nicht in Anspruch nehmen. Schätzungen hierüber belaufen sich für Thailand auf 60% aller Kranken (BRYANT, 1973).

---

1) Gesundheitsstationen erster und zweiter Klasse unterscheiden sich in ihrer personellen Besetzung. In Gesundheitsstationen zweiter Klasse arbeiten keine voll ausgebildeten Ärzte, sondern nur Schwestern, Hebammen und Sanitäter.

2) Weitere Informationen in GOLDSCHMIDT, 1976, S. 45 ff.

Tabelle 1: Ärztliche Versorgung im Thailand [1]

	1971/72	1973	1974	1979 [2]
Gesamtzahl aller registrierten Ärzte	4 876	5 873	6 318	
Dienststelle:				
Gesundheits-ministerium	1 526	1 677	1 833	
andere Ministerien	1 831	2 039	1 942	
Kommunen und halb-staatl.Unternehmen	464	890	871	
Privatärzte (gesch.)	271	594	979	
Gesamtzahl aller registrierten Ärzte unter 65 Jahren	4 092	5 200	5 625	5 796
in Bangokk tätig				3 517
außerhalb Bangkoks tätig				2 279
Population in Thailand (in Mill.)	35.4	37.7	38.8	43.9
Einwohner pro Arzt unter 65 Jahren	8 648	7 246	6 891	7 577

1) Public Health Statistics 1967-71,1973-74 des Ministry of Public Health, Bangkok

2) nicht der offiziellen Statistik des Gesundheitsministerium entnommene Information aus: Nachrichten des Informations-dienstes von Thailand, vom 21.6.79, London

Generell haben die Krankenhäuser einen In-Patient-Service zur stationären und einen Out-Patient-Service zur ambulanten Behandlung. Das Out-Patient-Department (OPD), d.h. die Poliklinik, ist meist in drei Sektionen untergliedert für Chirurgie, Geburtshilfe/Gynäkologie und Allgemeinmedizin. Die Ärzte sind in der Mehrzahl entsprechend spezialisiert und der Dienst in den OPD-Sektionen wird unter ihnen aufgeteilt. Sie wechseln untereinander ab und versorgen turnusmäßig auch die stationären Patienten. Wie häufig die Wechsel stattfinden, d.h. die Regelung, wann welcher Arzt wo Dienst tut, obliegt den einzelnen Krankenhäusern. Das führt dazu, daß ein Patient in vielen Fällen nicht weiß, welchen Arzt er beim nächsten Mal antreffen wird, denn in einigen Krankenhäusern versieht jeden Tag ein anderer Arzt den Dienst im OPD; in anderen Krankenhäusern findet der Wechsel wöchentlich statt, in wieder anderen monatlich. Chaotisch anmutende Zustände herrschten in einem Bangkoker Krankenhaus, wo sich im Zeitraum eines Morgens zwei bis drei Ärzte abwechselten; Patienten, die vom ersten zum Röntgen geschickt wurden, fanden bei Rückkehr bereits einen anderen Arzt vor.

Die hohe Fluktuation innerhalb der Dienststunden, das häufige Wechseln der Ärzte innerhalb der verschiedenen Arbeitsplätze im Krankenhaus wirkt sich sicher auf die Patienten aus, die dadurch nicht in die Lage versetzt werden, ein Vertrauensverhältnis zu einem bestimmten Arzt aufzubauen. Oft folgen sie nur mit Mühe dem Lauf der Behandlung, da sie von jedem neuen Arzt, dem sie begegnen, neue und wohl auch abweichende Informationen erhalten.

2.4.4 Die soziale Einbettung der Arzt-Patient-Interaktion

Die Interaktionspartner sind zu sehen als Teile eines übergeordneten sozialen Systems, wie z.B. des mehrschichtigen der "Gesellschaft". Das Verhalten der Interaktionspartner stellt in der Interaktionssituation nur einen Ausschnitt aus einem Verhaltensspektrum dar, welche die Rollenzuweisung in dieser Situation begrenzt.

Der Arzt ist eben nicht nur Mediziner, sondern auch Familienvater, Angehöriger eines Sportklubs, Versicherungsnehmer etc., und der Patient ist außerhalb der Krankenhaussituation oder außerhalb der Praxis eines Arztes nicht Patient, sondern, sofern er an einer akuten Erkrankung leidet, ein kranker Farmer, Dorfbewohner, Mitglied einer familiären Gemeinschaft, Schuldner, etc. (SCHEFLEN, 1975). Diese und mehr Daten weisen auf den Standort im sozialen System hin. Doch mit jeder Angabe ist ein Bündel von Erwartungen darüber verbunden, wie der Inhaber dieser Position sich verhalten sollte, d.h. welche Rolle er einnimmt. Die Position des Arztes ist mit den Verhaltenserwartungen verbunden, daß er jederzeit angesprochen werden kann, daß er der Schweigepflicht unterliegt, daß er immer zu helfen bereit ist, etc. (MÜLLER & THOMAS, 1974).

Die Rolle des Patienten wurde von PARSONS (1961) ausführlich beschrieben. Danach steht dem Patienten zu, von den normalen Rollenanforderungen und der persönlichen Verantwortung durch die Gesellschaft befreit zu werden. Es wird von ihm erwartet, daß er die Hilfe eines Fachmannes in Anspruch nimmt und den Willen zur Gesundung hat. Er soll kooperativ sein (WILSON, 1963). Die eingeschränkte Hand-

lungsfreiheit, teilweise sogar Hilflosigkeit des Patienten führt meist zu der Erwartung passiven Verhaltens.

Ein Teil der Rollen und Rollenbeziehungen werden in der Interaktion ausgeklammert und von den Partnern unausgesprochen als vorgegeben und bekannt vorausgesetzt.

Der aktuelle situative Kontext bestimmt die Rollenbeziehungen zueinander. Dem Studenten an der Universität sind bereits bestimmte Verhaltensweisen aufgrund seiner Studentenrolle zugeschrieben. Das gleiche gilt für den Patienten. Je nach Präzisionsgrad und Determiniertheit einer Rolle - einerseits muß sie klar definiert, andererseits dem Rollenträger bekannt sein - wirkt sie in der Interaktion als Regulator, stabilisiert die Partnerschaft und ermöglicht es, den anderen in diesem situativen Rahmen besser zu verstehen und einzuordnen. Das kann sich nachteilig auf die Partnerschaft auswirken, wenn daraus eine rigide oder einseitig gesteuerte Interaktion und im Extremfall ein Befehlsempfang auf der Grundlage von Autorität und Unverständnis entsteht.

Die Interaktion zwischen Arzt und Patient unterliegt bestimmten Regeln und Normen, die mit dem situativen Kontext und den Rollen des Arztes und Patienten verbunden sind, sie wird aber auch modifiziert durch die weiteren Bezugssysteme der beiden Interaktionspartner. Als Mitglied eines Krankenhauses, das seit seinem Bestehen zu wenig medizinisches Personal hat, wird ein Arzt seinen Zeiteinsatz in der Konsultation zwangsläufig dem seiner Kollegen und den wahrgenommenen Erfordernissen anpassen und die Patienten im Eiltempo durchschleusen. Als Arzt in einem Krankenhaus mit ausreichender Ausstattung und mit dem Auftrag zur Lehre kann sich der Arzt im allgemeinen mehr Zeit in seinen Konsultationen lassen.

Als Glieder in der sozialen Hierarchie des Krankenhauses befinden sich Arzt und Patient an den entgegengesetzten Enden. Bereits im Kontakt mit Schwestern und Pflegern erhalten Patienten einen untergeordneten Platz in dieser Hierarchie und behalten ihn natürlich in der Konsultation bei.

2.4.5 Status und Interaktion

Die Interaktion zwischen Individuen wird in allen Gesellschaftsformen mitbestimmt durch die Position, die die Interaktionspartner in einer sozialen Hierarchie besitzen, d.h. von ihrem Status. Je nach Definition von Status sind unterschiedlich komplexe Sets von Stimuli an eine Person gekoppelt, die sie in der Beurteilung durch andere als höher oder niedriger, besser oder schlechter ausweist. Status ist also etwas, worin sich ein Individuum von anderen unterscheidet. Die Unterscheidungsmerkmale werden dem Individuum zugeschrieben, wie Alter, Geschlecht, Rasse, Verwandtschaftsbeziehungen, Ausbildung und Beruf der Eltern, oder sie wurden von ihm erworben, wie Ausbildung, Beruf, Fertigkeiten und Fähigkeiten (HOMANS, 1961). Alter, Geschlecht, Rasse sind für den Interaktionspartner meist besser erkennbar als die sonst genannten Merkmale, die häufig aus diffusen Hinweisen erschlossen werden, wobei die Realität mit den Vorstellungen nicht immer übereinstimmt. Im allgemeinen wird der Beruf als hervorstechendster Indikator für Status betrachtet, und besonders Soziologen verwenden ihn für die Zuweisung sozialer Positionen (BLAU & DUNCAN, 1967; DAVIS & MOORE, 1945 in TUMIN, 1970). DUNCAN sieht den Beruf allein nicht als ausreichend an, sondern schlägt die Verwendung aggregativer Merkmale vor, die auch zeitliche Aspekte und Ergebnisvariablen berücksichtigen. Unter diesem Aspekt betrachten BIDDLE & THOMAS (1966) Status nach ökonomischen, politischen und Prestige-Eigenschaften. Ökonomischer Status ist Einkommen oder Reichtum aus dem Besitz von Gütern oder Dienstleistungen, die man zur Erzeugung weiterer Güter oder zur Befriedigung bestimmter Bedürfnisse einsetzen kann. Politischer Status ist die Macht, Entscheidungen zu treffen oder an Entscheidungen beteiligt zu sein, die andere zu Handlungen bzw. Tätigkeiten verpflichten, die sie andernfalls nicht ausführen würden.

Prestige-Status läßt sich damit erklären, daß eine Person mit Prestige Objekt der Bewunderung, Ehrerbietung, Nachahmung, Anregung und Attraktion ist (BIDDLE & THOMAS, 1966).

Den Begriff des Status in der empirischen Forschung zu verwenden, ohne ihn genau zu präzisieren, scheint von der Komplexität des Begriffs und von seiner vielfältigen Ausprägungsart her eine Quelle für Fehler und Mißverständnisse zu sein. Eine Einschränkung dieser Aussage läßt sich bei traditionellen Gesellschaften machen, wo Alter, Erfahrung, Macht, Prestige und Wohlstand in einer Person vereinigt sind, z.B. in der Person des Stammeshäuptlings.

In der thailändischen Gesellschaft sieht BOESCH (1971) den Status auf Autorität beruhen, die abgeleitet wird aus Alter, Erfahrung, Erfolg (Arbeitstüchtigkeit), politischer Rangzuweisung und religiösem Verdienst. Sind diese verschiedenen Statusfaktoren dem Gegenüber bekannt, dann richtet er sein Verhalten danach, läßt kulturell festgelegte Verhaltensweisen ebenso einfließen wie auch Vorurteile. Im Falle Thailands sind die kulturell geprägten Verhaltensweisen deutlich festgelegt, dem Statushöheren (Älteren, Mächtigeren, Erfolgreicheren) begegnet man höflich und leicht unterwürfig, wenn sich ein näherer Kontakt nicht vermeiden läßt. In einer Untersuchung der administrativen Eliten stellte BOESCH (1970) die Verhaltens-Soll-Werte von statushöheren und statusniedrigeren Personen einander gegenüber. Der Statushöhere soll sein: ein gütiger Mensch mit ausgeglichenem Temperament, mit Lebenserfahrung und geschicktem Umgang mit Untergebenen und mit Verständnis - kurz er soll gütig, verständnisvoll, zuverlässig, tüchtig sein. Dagegen erwartet man vom Statusniedrigeren, daß er vertrauenswürdig, ehrlich, freundlich, höflich, einsatzwillig und kompetent sei.

Wo immer man hinsieht, wird dem modernen Arzt hoher Status zugebilligt. Belegt wird dies in vielen Untersuchungen, in denen man Berufsrangreihen nach Wünschbarkeit, Prestige und Einkommen erstellt und in denen der Arzt stets in die Spitzengruppe fällt (GUSKIN, 1964; BARRY, 1967; MAXWELL, 1974; SCHÖNMEIER, 1976). So wird auch in Thailand der Arzt als Statushöherer betrachtet aufgrund seiner Ausbildung und seines Wissens wie auch in Bezug auf Einkommen und seinen Rang in der Krankenhaushierarchie und in der Beamtenschaft. Die Wahrnehmung seines Status durch den Patienten wie auch seine Selbstwahrnehmung sind somit für die Interkation von ebenso großer Bedeutung wie die Wahrnehmung des Status des Patienten durch den Arzt, wobei hier nicht allein der Patientenstatus gemeint ist, sondern vielmehr auch die anderen Statusindikatoren miteinbezogen werden. KAUPEN-HAAS (1969) beobachtete bei deutschen Ärzten, daß ein Autoritätsanspruch gegenüber Patienten das Selbstbild des Arztes kennzeichnete; sie schloß aus der Reaktion darauf, daß die Patienten diese situative Autorität akzeptieren, wodurch klar wird, daß und warum die Interaktion vom Arzt bestimmt wird.

Auch in Thailand nehmen sich die Ärzte als Autoritätspersonen wahr, als mit hohem Status ausgezeichnete Elite, und bestimmen selbstverständlich das Geschehen in der Konsultation. men. Die Patienten scheinen dies ebenfalls zu akzeptieren, verhalten sich passiv, geduldig, drängen dem Arzt keine Informationen auf und widersprechen kaum (BOESCH, 1977).

Aus der Wahrnehmung des Partners resultieren offensichtlich bestimmte Verhaltenserwartungen. Die Über-/Unterordnung legt kulturell geprägtes Soll-Verhalten fest, das für den Höhergestellten durchaus als "patriarchalisch" bezeichnet werden könnte und für den Arzt in ähnlicher Weise wie für andere Beamte in der oben beschriebenen Weise Gültigkeit besitzt (BOESCH, 1970, 1972).

Das Ist-Verhalten der Ärzte weicht davon in unterschiedlicher Variation ab, bedingt durch unterschiedliche Kenntnis der kulturellen Normen. Allein die Ausbildung in moderner Medizin, die z.T. im Ausland erfolgte, könnte zu Verhalten führen, das vom Soll-Verhalten abweicht. Wir haben es hier mit Verzerrungen der Verhaltensnormen durch Überlagerung von Verhaltensnormen anderer Bezugsgruppen zu tun. Hinzu kommt die durch die Patienten bedingte Variation; auch wenn untergeordnet, haben die Patienten unterschiedlichen Status. Weiter kommt die Sympathie für bestimmte Patienten oder die Abneigung gegenüber anderen zum Tragen. Vom Arzt gemachte Erfahrungen wie auch Vorurteile spielen in seinem Verhalten eine Rolle, nicht zu vergessen das sich dem Arzt bietende Erscheinungsbild des Patienten hinsichtlich Symptomen als äußerer Erscheinung. Der Personenwahrnehmung kommt so wichtige verhaltenssteuernde Funktion in der Interaktion zu gemäß des vermittelten Eindrucks und der zugeschriebenen Dispositionen. BOESCH sieht hier eine direkte Beziehung des ärztlichen Rollenverhaltens zum "vermuteten Fremdrollenschema", das für jeden Patienten neu bestimmt wird. "Wir können etwa weiter annehmen, daß der Arzt in seinen Sprechstunden sich gegenüber verschiedenen Patienten anders verhält und daß diese Unterschiede von dem Fremd-Rollenschema abhängen, das er den Erwartungen des Patienten für sein eigenes Handeln zumißt. Kurz, die Überlegungen erlauben uns, eine Reihe von Hypothesen zu formulieren, die für die Interpretation unserer Daten Bedeutung erhalten können" (BOESCH, 1974, S. 20). Die Konzepte wie "Status" und "Rolle" scheinen in der Tat zur Hypothesenbildung anzuregen, doch sind sie in dieser Form zu global, komplex und undifferenziert, als daß man die Hypothesen anhand verfügbarer Daten abklären könnte, oder aber Hypothesen und Begriffsdefinitionen bleiben auf sehr generellem Niveau. Wir werden uns noch in Kap. 3.2. mit diesem Problem auseinandersetzen.

Die meistgebrauchten Statusvariablen sind Alter, Geschlecht, Ausbildung, Beruf und Einkommen. Sie stellen für Untersuchungen relativ gut meßbare, objektive Variablen dar, die aber in der Interaktion selbst in starkem Maße der Wahrnehmung und Wertung durch den Arzt unterliegen. Altersunterschiede zum Patienten können für junge Ärzte besonders diffizil werden, wenn Alter, wie in Thailand, eine signifikante Statusvariable ist. Das Soll-Verhalten erfordert gegenüber Älteren Höflichkeit und Einordnung als "Statusniedrigerer", der Beruf als Arzt, d.h. seine Intelligenz, Ausbildung und Tüchtigkeit im Beruf stufen ihn jedoch als statushöher ein. Die Konkurrenz zwischen diesen beiden Statusvariablen wird zugunsten des Berufs und der Ausbildung ausfallen, da der Arzt gerade aufgrund seiner Ausbildung der traditionell anerkannten Altersvariablen weniger Wert beimessen wird als der anderen.

2.4.6 Krankheitsbild und Interaktion

Das Erleben seiner Krankheit vom ersten Anzeichen der Erkrankung, der ersten Beeinträchtigung im Wohlbefinden, bis zur völligen Genesung ist für den Patienten ein zentrales Erlebnis. In der Beantwortung der nach Fakten suchenden Fragen des Arztes wird sehr stark subjektives Erleben und Empfinden mit eingehen. Der Patient kann weniger relevanten Dingen subjektiv größere Bedeutung beimessen als diesen objektiv zukäme. Der Arzt steht hier vor der Aufgabe, die objektiven Kriterien herauszukristallisieren und zusätzlich in vielen Fällen auf die subjektiven Empfindungen seines Patienten einzugehen. Speziell bei psychisch und psychosomatisch Erkrankten wird vom Konsultationsgespräch therapeutische Wirkung erwartet. Diese Unterscheidung in primär körperliche/organische Beschwerden einerseits und seelisch-geistige Störungen andererseits (BALINT, 1970) findet sich in zahlreichen Untersuchungen wieder, in denen das Arztverhalten unter Einfluß von Patientenmerkmalen, insbesondere der Erkrankung, betrachtet wird. VON FERBER (1975) stellte fest, daß Konsultationsgepsräche mit Patienten, die psychosoziale Erkrankungen aufweisen, länger dauern als die mit organisch Erkrankten. Ein Hundebiß, eine Schußwunde oder auch nur ein verstauchtes Gelenk sind mit wenigen Worten diagnostizierbar, und auch die Behandlung bedarf weniger Worte als Erkrankungen, deren Ursachen im psycho-sozialen Bereich liegen und die nur verbal vermittelt werden können.

3. METHODIK

3.1 PLANUNG UND DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

Die Zielsetzung dieser Arbeit, wie zuvor beschrieben, setzt ihren Schwerpunkt auf die tatsächliche Interaktion zwischen Arzt und Patient , wie sie in Polikliniken thailändischer Regierungskrankenhäuser stattfindet. Die Arbeit grenzt zudem den Bereich der Interaktion ein auf die verbalen Aspekte des Konsultationsgesprächs. Sie ist nur ein Baustein in einem größeren Projekt, in dem gleichzeitig auch den Einstellungen von Ärzten ihren Patienten gegenüber und umgekehrt der Patienten ihren Ärzten gegenüber nachgegangen wird. Weiter wurde in diesem Projekt die bisherige Krankheitserfahrung der Patienten, ihre Erfahrung mit der modernen westlichen Medizin und ihr medizinisches Wissen bezüglich ausgewählter Items der westlichen wie auch der traditionellen Medizin erfragt.

Auch auf Seiten der Ärzte sollten in diesem größeren Rahmen Informationen gesammelt werden, die Aufschluß über ihren Werdegang geben, sowie über andere Variablen, die mit den Patientenvariablen detailliert in der Übersicht (Abb.6)auf S.74 dargestellt sind und die Struktur der Gesamtuntersuchung erkennen lassen. Diese Übersicht zeigt auch, daß die Untersuchung patientenbezogen in drei Abschnitten ablief:

1. Befragung vor dem Konsultationsgespräch
2. Das Konsultationsgespräch selbst
3. Befragungen nach Beendigung des Konsultationsgesprächs

Das Konsultationsgespräch (2.) wird im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen und in mehr deskriptiver als hypothesenabklärender Weise behandelt werden.
Diesem Arbeitsabschnitt wurde eine Voruntersuchung vorgeschaltet, über die die Berichte von BOESCH (1972) - in Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit sei dort besonders auf den Anhangsteil S.87 ff hingewiesen - und GOLDSCHMIDT und HÖFER (1972) Auskunft geben. In dieser Voruntersuchungsperiode wurde die generelle Erlaubnis des Gesundheitsministeriums und des "National Research Council" in Bangkok erhalten, um die Untersuchung durchführen zu können. Regional wurde sie auf Zentralthailand beschränkt, da außerhalb dieser Region der Einfluß anderer Dialekte starke Störeffekte hervorgerufen hätte.

Abbildung 6 Untersuchungsplan des Gesamtprojekts

Zeitpunkt der Datenerhebung	Stichprobe	Methode	Hauptsächliche Inhalte
vor dem Konsultationsgespräch	ausgewählte Patienten (N = 281) 2)	Interview	sozio-demographische Angaben Erfahrungen mit und Einstellungen zur modernen Medizin
während des Konsultationsgesprächs	Ärzte (N=60) 1) und ihre Sprechstd.-Patienten (N = 2360) 2)	Tonbandaufnahmen Beobachtung	Konsultationsgespräche Arzt-Aktivitäten
nach dem Kons.-Gespräch	ausgewählte Patienten (N = 281) 2)	Interview	Krankheitsverhalten; medizinisches Wissen; Informationen, die während des Konsultationsgesprächs erhalten wurden; Beschreibung des Arztes und der Konsultation; Erfahrung aus der Konsultation; Beschreibung akuter und früherer Symptome und Schmerzen; Kenntnisse traditioneller Medizin
	Ärzte (N = 55) 1)	Interview	Kenntnis ihrer (ausgewählten) Patienten; sozio-ökonomische Situation der Patienten, deren Lebensumstände; Beurteilung der Diagnose und Therapie; Beurteilung des Befolgens ärztl. Anordnungen
	Ärzte (N = 51) 1)	Fragebogen	Hintergrundinformation; Einstellung zur Arbeit; Beschreibung der Arbeitssituation
	Ärzte (N = 64) 1)	Interview	Entscheidungsfindung während des Konsultationsgesprächs
	Ärzte (N = 60) 1)	Beobachtung	Beurteilung des Interaktionsverhaltens in der Sprechstunde
zusätzliche Erhebungen	Patienten (N = 2360) 2)	Datensammlung aus Krankenblättern	demographische und medizinische Angaben aus den Krankenblättern
	Patienten (N = 83954)	Krankenhausstatistik	Angaben aus der täglichen Statistik über Alter und Geschlecht der Patienten, besuchter Abteilung und Zeitpunkt des Besuches
	Ärzte in weiteren Krankenhäusern des Landes (N = 172)	Umfrage/ Fragebogen	Hintergrundinformation, Arbeitssituation, Einstellungsmessung

1) identische Arztstichprobe

Nach Fertigstellung der Erhebungsinstrumente wurden diese mit den thailändischen Mitarbeitern besprochen, übersetzt und unabhängig rückübersetzt und dann eine Woche lang probehalber in der Poliklinik eines an der äußersten Peripherie Bangkoks gelegenen Krankenhauses angewendet. Hier konnten die zuvor trainierten Interviewer zum ersten Mal Ärzte und Patienten interviewen und die Technik der Gesprächsaufnahme anwenden.

Für die Gesprächsaufnahme standen Stereo-Tonbandgeräte zur Verfügung, deren Mikrofone so aufgestellt werden sollten, daß auf die eine Spur primär die Äußerungen des Arztes und auf die andere Spur primär die Äußerungen der Patienten aufgezeichnet werden konnten.
Einem Mitarbeiter oblag die Wartung und Beobachtung des Gerätes während der Aufzeichnungsperioden. Zusätzlich hatte er die Namen der Patienten zu notieren, um später eine einwandfreie Identifizierung und Zuordnung der Gespräche zu ermöglichen.

Um die Untersuchung in möglichst kurzer Zeit durchzuführen, teilte sich die Untersuchungsgruppe in drei Gruppen auf, von denen jede 3 bis 4 Krankenhäuser besuchte. Die Aufenthaltsdauer an den verschiedenen Krankenhäusern dauerte zwischen 3 und 4 Wochen.

3.2 BESCHREIBUNG DER STICHPROBEN

3.2.1 Die Auswahl der Krankenhäuser

Die Auswahl der Krankenhäuser wurde durch folgende Kriterien bestimmt:
- sie sollten sich in Zentralthailand oder Bangkok befinden
- es sollten staatliche, dem Gesundheitsministerium unterstehende Krankenhäuser sein
- die Provinzkrankenhäuser sollten sich zwischen 50 und 320 km von Bangkok entfernt befinden

- die sich zuerst zur Mitarbeit bereit erklärenden Krankenhäuser sollten in die Stichprobe aufgenommen werden
- in Bangkok sollten drei und in der Provinz sechs Krankenhäuser ausgewählt werden (s. auch Thailandkarte S. 84).

Eines der in Bangkok liegenden Krankenhäuser war ein Universitätskrankenhaus. Die Zahl der Provinzkrankenhäuser wurde im Verlauf der Untersuchung auf acht erhöht.
Vor Beginn der Untersuchung wurden die Krankenhäuser besucht und die Zustimmung der Ärzte zur Untersuchung eingeholt. Die Kooperationsbereitschaft der betroffenen Ärzte, d.h. der in den Polikliniken diensttuenden Ärzte war, mit einer Ausnahme, immer gewährleistet, noch bevor die offizielle Erlaubnis des Ministeriums vorgewiesen wurde.

3.2.2 Die Auswahl der Ärzte

Die Stichprobe der Ärzte war durch die Auswahl der Krankenhäuser bereits festgelegt. Weiterhin bestand eine von uns nur wenig beeinflußte Festlegung dieser Stichproben darin, daß die Untersuchung in den Polikliniken stattfand und damit die dort diensttuenden Ärzte betroffen waren. In einem Krankenhaus, in dem in monatlichem Turnus der Dienst in der Poliklinik gewechselt wurde, baten wir um eine Änderung dieses Turnus, um auf diese Weise die Sprechstunden mehrerer Ärzte dieses Krankenhauses mit in die Daten aufnehmen zu können.

In den acht Provinzkrankenhäusern wurden 39 Ärzte (65%), in Bangkok 21 Ärzte (35%) ausgewählt. Das Durchschnittsalter der Ärzte, deren Sprechstunden aufgezeichnet wurden (N = 60), war 38,2 Jahre. Es waren dies 16 Ärztinnen (Durchschnittsalter 37 Jahre) und 44 Ärzte (Durchschnittsalter 38,6 Jahre) (s. Tab. A 1, S. 10). Die fachliche Ausrichtung der Ärzte war Allgemeinmedizin, die in einigen Fällen durch eine Spezialausbildung ergänzt war, wie etwa Ophthalmologie, Neurochirurgie,

Knochenchrirugie und Hautkrankheiten. Das Einkommen aus ihrer Tätigkeit im Krankenhaus betrug zum Zeitpunkt der Untersuchung zwischen 2.500 Ø und 5.000 Ø, das 300,- bis 600,- DM entsprach. Ihre reguläre Arbeitszeit belief sich auf durchschnittlich 56.5 Stunden (von 8.30 - 12.00 und 13.00 - 16.00). Viele Ärzte haben ein zusätzliches Einkommen aus ihrer Privatpraxis. Im Detail werden diese Angaben in GOLDSCHMIDT (1976) belegt und näher ausgeführt und durch weitere Informationen über die Ärzte ergänzt.

3.2.3 Die Auswahl der Patienten

Die Patientenpopulation war durch die Auswahl der Krankenhäuser und die Wahl der allgemeinmedizinischen Polikliniken dieser Krankenhäuser bereits festgelegt. Den Hauptanteil stellten deshalb Angehörige der unteren Bevölkerungsschichten bis hin zur unteren Mittelschicht dar, während Oberschicht und obere Mittelschicht das Klientel der Privatpraxen bilden. Dies läßt sich deutlich aus der Berufsverteilung unserer Stichprobe ersehen (Tab. A 2, S. 10). Diese Verteilung, wie auch die Alters- und Geschlechtsverteilung dürfte über die ausgewählten Krankenhäuser hinaus typisch für thailändische Regierungskrankenhäuser sein.

3.2.3.1 Alter und Geschlecht der Patienten

Bei 95% der Patienten haben wir Altersangaben aus den Krankenblättern erhalten, d.h. bei 110 (4.8%) fehlen uns diese Angaben. Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt nach diesen Angaben 34 Jahre. Hierbei handelt es sich jedoch um eine Unterschätzung in Bezug auf die eigentlichen Interaktionspartner, da diese Angaben das Alter der Kleinkinder unter den Patienten mit einbezieht, diese aber nicht als Interaktionspartner in betracht kommen, sondern in der Regel deren Eltern diese Rolle übernehmen. Aus diesem Grund haben wir den Altersdurchschnitt

der Patienten berechnet, ohne die Angaben derjenigen zu berücksichtigen, die jünger als 12 Jahre sind. Bei der so verbleibenden Anzahl von 1980 Patienten belief sich das durchschnittliche Alter auf 38.2 Jahre (s. hierzu Tab. A 3, S. 11).

51.2% der Patienten waren männlich, 47.7% weiblich und bei 1.4% fehlen die Angaben darüber. Nehmen wir an, daß die meisten der männlichen Kinder unter 12 Jahren von ihrer Mutter begleitet wurden, sinkt der Anteil männlicher Interaktionspartner auf maximal 45% (s. Tab. A 4, S. 12).

Weitere Informationen über die Patienten aus den Krankenblättern waren Zivilstatus, Beruf, Wohnort und die Häufigkeit der Krankenhaus- bzw. Arztbesuche in den 12 Monaten vor dem Untersuchungszeitpunkt. Diese Informationen wurden aufgenommen, um wenigstens minimale Auskünfte über die Patientenstichprobe zu erhalten. Eine ausführliche Befragung jedes Patienten verbot sich aus zeitlichen Gründen, aus Gründen der Störung, die diese im Arbeitsablauf in der Poliklinik zusätzlich zu unseren Befragungen verursacht hätte und aus personellen Gründen (s. Tab. A 2, A 5 - A 9, S. 10 ff).

3.2.3.2 Berufsverteilung der Patientenstichprobe

Gegen die den Krankenblättern entnommenen Informationen bestehen in verschiedener Hinsicht Bedenken zur Vollständigkeit und Genauigkeit. Die Informationen zum Beruf lassen es in vielen Fällen nicht zu, den angegebenen Beruf eindeutig zu klassifizieren, wie dies in der "International Standard Classification of Occupations (ISCO)" vorgeschlagen wird. Eine Verkäuferin (saleswoman, 'mae ka') kann eine Frau sein, die Dinge vom Boot aus verkauft oder mit einer Bambustrage (Thai: 'hab') ihre Verkaufsgüter in den Straßen feilbietet (Englisch: street vendor, peddler, hawker) oder auch eine Farmersfrau, die gelegentlich ihre landwirtschaftlichen Produkte auf dem Markt der nächsten Stadt verkauft und im Austausch Dinge zum eigenen Gebrauch oder auch Verkauf ins Dorf mitbringt. Ähnlich ist es mit den unterschiedlichen Berufsnormen im landwirtschaftlichen Bereich. Die Farmer in einigen Gebieten Thailands sind eher als Gärtner oder Plantagenbesitzer zu bezeichnen, wenn man sie nicht mit den Reisfarmern verwechseln will.

Die Berufsangaben der Patienten, wie sie aus den Krankenblättern zu entnehmen waren, wurden ursprünglich nach ISCO-Kategorien verschlüsselt, doch entschieden wir uns, die über 50 unterschiedlichen Berufsangaben aus den oben genannten Gründen zu größeren Gruppen zusammen-

zufassen. Die Tabelle der Berufsverteilung (Tab. A 2, S. 10) bestätigt auch unseren Verdacht, daß die Krankenblätter nicht immer sorgfältig geführt werden, denn bei 23.6% der Patienten fehlen Angaben zu ihrem Beruf.

Am häufigsten sind in der vorliegenden Patientenpopulation Berufe aus dem Bereich der Landwirtschaft (17.8%) vertreten. Ihnen folgen Arbeiter ohne besondere Qualifikation (unskilled labor; 11.1%) sowie die Gruppe der Arbeitslosen, Pensionäre und Patienten ohne Beruf (12.2%). Mit jeweils etwa 6% sind Lehrer/Studenten, Mönche, Angestellte, Hausfrauen und Händler/Verkäufer an der Verteilung beteiligt. Vergleicht man die Berufsverteilung nach Stadt- und Provinzkrankenhäusern mit der Grundverteilung von 18.9% der Patienten in Bangkok und 81.1% in der Provinz, stellt man ausgeprägte Unterschiede im Bereich der Landwirtschaft fest. 90.7% der Bauern finden sich in den Provinzkrankenhäusern. Vergleichbar hohe Zahlen liefern Mönche (95.5%) und Arbeistlose/Pensionäre (92.3%). In den augewählten Krankenhäusern Bangkoks überwiegen dagegen Lehrer/Studenten (35.9%), Mechaniker (38.9%) und Hausfrauen (37.9%).
Obwohl die Berufsverteilung, die uns in den Polikliniken vorlag, nur einen Ausschnitt aus der Gesamtstreuung darstellt, und außerdem nur einer groben Kategorisierung unterzogen wurde, spiegelt sie doch deutlich Strukturunterschiede zwischen städtischem Zentrum und ländlichem Gebiet wieder.
Auf dem Land finden sich die traditionell-thailändischen Berufe der Bauern und Mönche in der Mehrzahl, in Bangkok die Berufe des Staatsdienstes (Lehrer, Angestellte), der Kleinindustrie und des Handels. Auf dem Land finden sich auch gehäuft die lten, nur noch bedingt arbeitsfähigen als Pensionäre bezeichneten Patienten, und die Arbeitslosen, in Bangkok dagegen die Hausfrauen.
Die im Vergleich mit den Landkrankenhäusern große Zahl Hausfrauen in Bangkok liegt z.T. in der Zuordnung der Hausfrauen in der Provinz zu landwirtschaftlichen Berufen, da diese Frauen meist auch mit Feldarbeit beschäftigt sind. Für das Überwiegen der Mönche im ländlichen Krankenhaus gibt es zwei Ursachen. Zum einen gibt es in Bangkok ein Krankenhaus für Angehörige buddhistischer Orden, so daß die anderen Krankenhäuser weniger

häufig von Mönchen aufgesucht werden. Zum zweiten gibt es auf dem Land mehr Mönche,und diese konzentrieren sich speziell in einer Provinz. Von daher ist auch erklärlich, daß 43.5% der erfaßten Möche in Krankenhaus 7 zu finden sind, das sich in der Haupstadt dieser Provinz befindet.

3.2.3.3 Häufigkeit der Krankenhausbesuche

Auch in den Informationen zum Krankenhausbesuch gibt es einen Unsicherheitsfaktor. Beim Ausstellen der Krankenblätter erhalten die Patienten eine Karte, die sie bei wiederholten Besuchen mitbringen sollen, um der Registratur das Heraussuchen ihres Krankenblattes mithilfe der Registriernummer zu erleichtern. Vergißt ein Patient einmal diese Karte oder verliert er sie, dann läßt er sich, war er einige Zeit nicht mehr in diesem Krankenhaus, ein neues Krankenblatt ausstellen. In einigen Krankenhäusern entstand zudem auch der Verdacht, daß jedesmal ein neues Krankenblatt angelegt wurde, weil sich das alte in der Registratur nicht mehr finden ließ oder weil es auf der Station verlorenging.

Aufgrund unserer Beobachtungen in den Krankenhäusern vermuteten wir, daß besonders die Krankenhäuser 0,2 - d4 davon betroffen waren. Tatsächlich zeigt sich dies auch in Tab. A8 (Anhang, S.14). Der prozentuale Anteil der Erstbesuche lag hier weit über dem Durchschnitt der anderen Krankenhäuser, soweit dies aus unseren Unterlagen ersichtlich war. Der Durchschnittswert der Erstbesuche an drei Provinzkrankenhäusern, deren Statistik wir ermittelten (Goldschmidt, 1976), lag bei 55%, bei den oben genannten Krankenhäusern aber zwischen 74% und 83%.
Ein hoher Prozentsatz an Angaben zur bisherigen Zahl der Besuche dieser Krankenhäuser fehlt (17.1%) wie auch Angaben über den zuletzt in diesem Krankenhaus konsultierten Arzt: Keine Information = 35% (vgl. Tab. A9, Anhang S. 15).

3.2.3.4 Krankheitsbilder der Patienten

Eine der zentralen Variablen in der Interkation zwischen Arzt und Patient ist das Krankheitsbild des Patienten bzw. seine Symptome. Sie bilden das auslösende Moment für den Arztbesuch, und sie stellen auch den Inhalt des ersten Informationsaustauschs im Krankenhaus dar, denn bereits bei der Anmeldung wird der Patient nach seinen Symptomen befragt. In vielen Fällen wird schon hier eine vorläufige Diagnose gefällt und auf dem Krankenblatt vermerkt und kann dann später vom Arzt überprüft und ergänzt werden. Nach Anamneseerhebung und Untersuchung notiert der Arzt in der Regel Diagnose und Verschreibung auf dem Krankenblatt. Häufig haben wir aber auch feststellen müssen, daß diese Angaben nicht vollständig waren. In manchen Fällen fehlte eine oder mehrere der Angaben, oder sie waren ungenau, weil nicht vom Arzt selbst erhoben. In vielen Fällen ließ sich nachträglich aus den Aufzeichnungen der Konsultationsgespräche oder der Interviews die fehlende Information ermitteln.

Unter diesen Umständen ließ sich nicht generell eine Trennung von Diagnose und Symptomen vornehmen. Auch lassen die unpräzisen Eintragungen eine Zuordnung zu genau umschriebenen Kategorien von Symptomen unter Symptomklassen nur schwer zu. Verwaschene Kategoriengrenzen und Überlappungen sind die Folge.

Die Kategorisierung der Symptome versuchen wir entlang der Dimension 'organisch - psysisch' vorzunehmen. Sie wurde praktisch durchgeführt, nachdem die Symptomaufzeichnungen und Diagnosen, die auf den Krankenblättern eingetragen waren, ins Englische übersetzt worden waren. Hier finden wir das Problem der sprachlichen Äquivalenz als entscheidungshemmenden Faktor in der Zuordnung. Die thailändische Bezeichnung und ihre Bedeutung wich in vielen Fällen von der resultierenden Übersetzung ab, die sich medizinischer Fachtermini bediente. Als Beispiel nehmen wir 'pûadhûa'[1] Seine Übersetzung war "migrane" (Migräne) und würde von einem Mediziner mit hoher Wahrscheinlichkeit den organischen Nervenleiden zugeordet.'Pûadhûa' sind außer Migräne auch nicht-migräneartige Kopfschmerzen. Aus den Begleitsymptomen, wie Erkältung, Fieber, Schnupfen entnahmen wir die jeweilige Bedeu-

1)Umschrift des Thai-Wortes ปวดหัว (nach Mary Haas, 1967)

tung für die Kategorisierung. Aufgrund der Übersetzungen allein wäre eine korrekte Zuordnung noch schwieriger geworden.

Ein weiteres Kriterium der Kategorisierung von Erkrankungen, neben der Symptombezeichnung, ist ihre mögliche Verursachung. Dies ist für Erkrankungen bedeutungsvoll, die ein organisch zuordenbares Erscheinungsbild aufweisen, deren Verursachung aber mit großer Wahrscheinlichkeit im psychosozialen Bereich zu suchen ist.

Diese Kategorisierungsrichtlinien entsprechen der Annahme, daß in Konsultationen von Patienten mit strukturell einfachen, eindeutig organischen Erkrankungen weniger Informationen ausgetauscht werden und das Gespräch gradliniger verläuft. Hingegen werden Gespräche bei psychischen oder psychogenen Erkrankungen weniger gradlinig und aufwendiger verlaufen, wenn der Arzt die Beschwerden in ihrer ganzen Reichweite erfassen will. Der Arzt wird in diesen Fällen vermehrt fragen und psychosoziale Faktoren berücksichtigen müssen. Therapievorschläge sind ausführlicher zu erklären, um sie dem Patienten verständlich zu machen.

Folgende Symptomgruppen wurden gebildet:

1. Störungen des Allgemeinbefindens und Schmerzen:

   Wunden, Fieber, undefinierbarer Schmerz am ganzen Körper, brennender, juckender Schmerz, Gelenkschmerzen, Gelenkentzündung, Kopfschmerzen

2. Störungen im Bereich der inneren Organe (außer Magen-Darm)

   Cholezystitis, Zystitis, Kolitis, Dysenterie, Appendizitis, Hämorrhoiden, Pyelonephritis, Salpingitis, Vaginitis, Endometritis, Adnexitis, vaginale Blutungen, Geschlechtskrankheiten, Erkrankungen des Uterus, Hämaturie, Nierenstein, Blasenstein, Blasen- und Nierenerkrankungen, Gallenstein, Leberschäden, Tuberkulose, Leukämie, Anämie, Hepatitis, Grippe, Husten, Pharyngitis, Tonsillitis, Dyspepsie, Gingivitis, Stomatitis, Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen, Hautkrankheiten, Malaria, Bronchitis, Diarrhöe, Blut im Stuhl

3. Organische Nervenleiden und vegetative Störungen

   Erschöpfung, Müdigkeit, Unwohlsein, Taubheitsgefühl, Schwäche, Schlaflosigkeit, Einschlafstörungen, Neuritis, Polyneuritis, Beriberi, Neurasthenie, neuro-zirkuläre Asthenie, Myositis, Myalgie, Paralyse, Neuralgie

4. Psychogene Syndrome und psychosomatische Erkrankungen

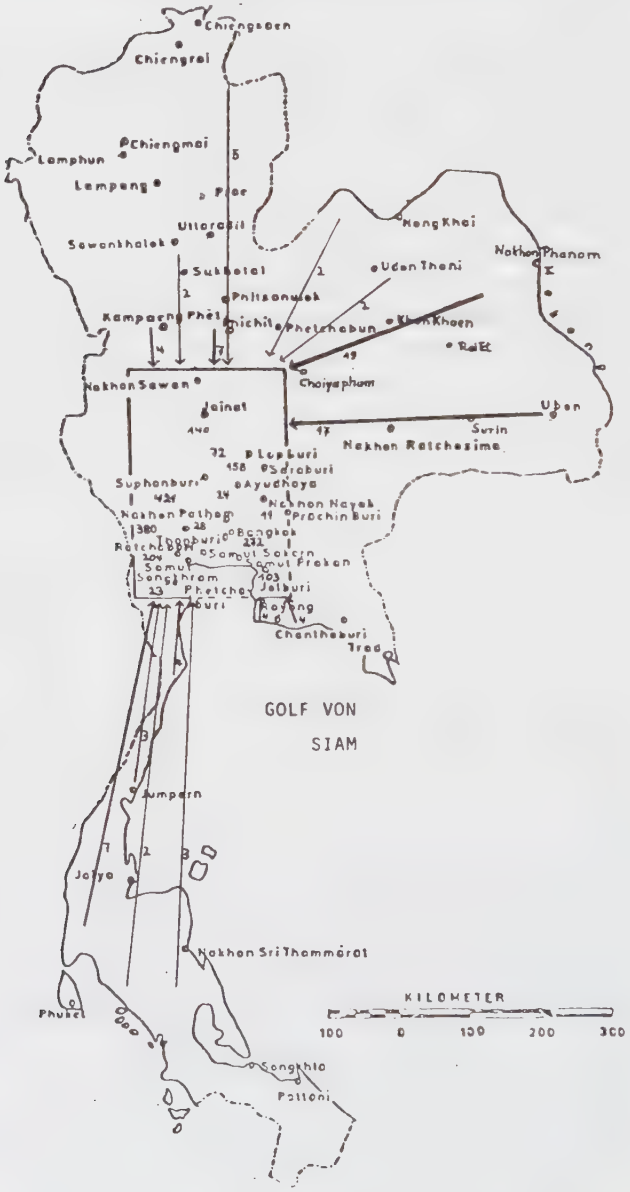
   Magen-Darm-Erkrankungen, Gastritis, Magengeschwür, Gastroenteritis, psychosomatische Reaktionen, Neurose, Psychoneurose, Angstzustände

3.2.3.5 Distanz zum Krankenhaus und Transportmittel

Der Entfernung der Patientenwohnorte vom Krankenhausort wurde in unseren Überlegungen eine Barrierefunktion eingeräumt. Bei weiter Entfernung und schlechten Verbindungen zum Krankenhaus werden Patienten eher nach anderen Möglichkeiten der Behandlung, vor allem in ihrer näheren Umgebung, suchen, als dies bei guter Zugänglichkeit der Fall ist. Bei einer Stichprobe von 280 Patienten wurde die Entfernung zum Krankenhaus festgestellt und ein durchschnittlicher Anreiseweg von 43.2 km errechnet (Verteilung s. Tab. A 10, Anhang S. 16). Für die Gesamtstichprobe können wir einen vergleichbaren Wert annehmen, kommen doch allein 85 Patienten aus Orten, die 100 km und mehr von der in der Karte (S.84) eingezeichneten Markierung entfernt liegen.

Auch die Verkehrsmittel, die gewählt werden, sind recht verschieden. So ist es keine Seltenheit, daß jemand seine Reise auf einem Boot beginnt, dann auf das Buschtaxi umsteigt, danach mit dem Bus oder der Bahn fährt, bis er endlich sein Ziel erreicht hat. Einen Hinweis hierüber finden wir ebenfalls in der Befragung der Patienten. Von ihnen wissen wir auch, was sie eine solche Fahrt kostet (S. Tab. A 11, Anhang S. 16). Als durchschnittlicher Fahrpreis wurde 6 ฿ genannt, ein maximaler von 100 ฿. Bedenkt man, daß Bargeld in den ländlichen Haushalten Thailands sehr knapp ist, in manchen Haushalten gar nicht existiert, so kann man eine hemmende Wirkung aus der Tatsache, daß ein Fahrpreis bezahlt werden muß, auf die Entscheidung, den Arzt aufzusuchen, nicht ausschließen. Diesen Faktoren konnten wir jedoch nicht für die Gesamtstichprobe nachgehen, auch waren sie von sekundärer Bedeutung für unsere Fragestellung.

Abbildung 7 Einzugsgebiet von Patienten für eine Stichprobe zentralthailändischer Polikliniken



KARTE VON THAILAND

Legende zur Karte von Thailand,

Das Gebiet Zentralthailands, in dem sich die Krankenhäuser befinden, die in unsere Untersuchung eingegangen sind, ist umrandet. Die Seitenlänge dieses Gebiets beträgt 230 km und 330 km.
Die Zahlen in dem bezeichneten Rechteck sind Angaben zum Herkunftsgebiet der Patienten.
Die Zahlen an den Pfeilen geben an, wieviel Patienten aus dem dem durch Pfeil bezeichneten Gebiet in die untersuchten Krankenhäuser kamen.

3.3 DAS ARZT-PATIENT-GESPRÄCH: DAS DATENMATERIAL UND SEINE BEARBEITUNG (BESCHREIBUNG UND AUSWERTUNG)

In Zusammenhang mit dem Datenmaterial lassen sich vier wichtige Aspekte unterscheiden: Datenaufnahme, Transkription, Kodierung und Auswertung. In einem vorgeschalteten Schritt soll aber noch ein grundlegendes Problem behandelt werden, das mit den genannten Aspekten in mehr oder weniger starkem Ausmaß verbunden ist.

3.3.1 Überlegungen zum Problem der Analyseeinheiten

SCHEFLEN (1967) erinnert im Zusammenhang mit Interaktion daran, daß diese ein Programm, eine Sozialordnung, eine Anzahl kommunizierender Mitglieder und Methoden hat, um diese zu integrieren. "Each communicator must integrate and indicate from minute to minute resolutions he is making between his individual states, his memberships in other groups, his position in this group, and his progress in the program. He will have to match and coordinate his own cognitive representation of the program with what is actually going on" (SCHEFLEN, 1967, S. 10).
Für die Analyse sozialer Interaktion ist die Wahl von Analyseeinheiten von grundlegender Bedeutung. Linguisten werden andere Einheiten wählen als Soziolinguisten oder Sozialpsychologen. Ihre Wahl wird von der Funktion abhängen, die der menschlichen Interaktion gegeben wird.

Methodisch wird von den Analyseeinheiten gefordert, daß sie weitgehend code-unspezifisch sind, keine relevante Information unterdrücken, maximale Codierer-Übereinstimmung besitzen und ökonomisch zu handhaben, d.h. einfach, verständlich und leicht erlernbar sind. Die Bestimmung der Analyseeinheiten stellt in dieser Arbeit ein zentrales Problem dar, da in der natürlichen Interaktion zwischen zwei Interaktionspartnern, wie sie hier analysiert werden soll, die Äußerungen weder phonetisch noch syntaktisch noch semantisch wohlgeordnet sind. So kommen unvollständige Sätze, Satzabbrüche und Neuanfänge, Wortauslassungen,

undeutliche und fehlerhaftes Aussprechen von Wörtern, Gedankensprünge oder auch abruptes Wechseln des Themas, aber auch gleichzeitiges Sprechen bzw. Sprechpausen vor.

Für die Psycholinguistik (GOTTSCHALK et al., 1969; OSGOOD, 1970; STARKWEATHER, 1969) wie auch für die Entwicklung von Methoden der Content-Analyse (GERBNER et al., 1969; HOLSTI, 1968; MARSDEN, 1971) stand die Frage nach der Definition von Zähleinheiten, Meßeinheiten oder Analyseeinheiten ebenfalls im Mittelpunkt. Dabei reichen die Vorschläge von der rein quantitativen Bestimmung einerseits, d.h. die sequentielle Aufgliederung des Materials nach Silben-, Wort- oder Äußerungszahlen (BERELSON, 1952) bis andererseits zu Vorschlägen, die Analyseeinheiten direkt vom jeweiligen Code her zu definieren, was nichts anderes bedeutet, als die kleinsten kohärenten Einheiten, Materialsequenzen oder Wortfolgen zu bestimmen, auf die eine spezifische Codierungsregel angewandt werden kann, wie es in der InteraktionsprozeBanalyse der Fall ist (BALES, 1950; BORGATTA, 1963; BORGATTA & CROWTHER, 1965; LEWIS, NEWELL & WITHALL, 1961; SLATER, 1955; TALLAND, 1955).

Für den Beobachter einer Interaktion ist leicht feststellbar, daß eine Verhaltensfolge abläuft, eine Sequenz von Handlungen zwischen Interaktionspartnern, die von den Operationalisierungen vieler Untersucher unabhängige Verhaltensgrenzen bilden. Dementsprechend variieren die Analyseeinheiten auf einem Spektrum von sehr künstlichen zu sehr natürlichen Einheiten, vergleichbar mit der Variation der Untersuchungsansätze. 'Natürliche' Einheiten werden besonders von BARKER (1963) gefordert, der seine Analyse von Interaktionsprozessen jedoch primär auf motorisches Verhalten (z.B. Ballspiel) bezieht und weniger auf verbales Verhalten. BALES bevorzugt ebenfalls die natürlichen Einheiten, wendet sie aber in stärkerem Maße auf variable Interaktionen an, wobei der Beurteiler einer Interaktion Verhalten nach dem Grad seiner Auswirkung auf den Partner kategorisieren soll (BALES, 1950). Bei ihm ist ein Akt die kleinste Einheit, der gerade noch Bedeutung zugemessen werden

kann. In der verbalen Interaktion deckt sich dadurch die Einheit mit der Aussage. Wie BALES stützt sich auch LONGABOUGH (1963) auf wenig klar umschriebene "basic units", die er als "any coherent bit of behavior by an actor which was judged by the observer to have the intent of action as a stimulus for a response by a present other" (p. 329) definiert und "although a sentence was a convenient unit for quantifying a social act it was felt that it was only a gross measure. Occasionally, it takes several sentences to present one coherent stimulus to another person" (p. 329). Diese weite Auslegungsmöglichkeit schränken LENNARD & BERNSTEIN (1970) rigoros ein, indem sie die "primären Einheiten" als Aussagen, die Prädikat und Subjekt enthalten, definieren. In einem weiteren Schritt konstituiert sich daraus die nächst größere Einheit, das "statement", das eine Aneinanderreihung primärer Einheiten darstellt.

Zu den natürlichen Einheiten gesellt sich die Verwendung künstlicher oder abgeleiteter Einheiten, bei denen es sich um Zusammenfassungen von Interaktionsteilen oder um Zuordnungen von Kategorisierungen zur weiteren statistischen Analyse handeln kann.

Zur Aufgliederung des zu analysierenden Materials in Einheiten werden meistens natürliche Perzeptions- und Produktionseinheiten verwendet. Arbeiten von JAFFE et al. (1970) gehören hierher. LLEWELLYN & DITTMAN (1967), die sich auf Arbeiten von BOOMER (1965) und LOUNSBURY (1954) stützen, benutzen als Analyseeinheiten 'Phonemic Clauses', d.h. Wortgruppen, die fundamental für den grammatikalischen Enkodierungsprozeß der Sprache sind."The phonemic clause is a unit which influences speakers' behaviors ...and listeners' behaviors as well" (LLEWELLYN & DITTMAN , 1967, S. 342). Dieselben Autoren, wie auch JAFFE et al. (1967) haben auch die Pausen zwischen den Sprechern und die Pausen der Sprecher selbst mit in die Analyse eingezogen, so auch GOLDMAN-EISLER (1967), die die Redepausen in der Interaktion zu der Anzahl gesprochener Wörter in Beziehung setzt und je nach Thematik ein anderes Ergebnis fand: die längsten Pausen werden

z.B. bei Interpretationen und die kürzesten Pausen bei Interviews gemacht. KITZMANN et al. (1974) gehen in ihrer Untersuchung ebenfalls von dem Grundelement des 'statement' aus, worunter sie eine Mitteilungseinheit verstehen, die aus einzelnen Wörtern oder Sätzen bestehen kann und abgegrenzt wird durch die Äußerung des Interaktionspartners. Bei KANFER (1959, 1960) findet die Anzahl der Wörter, die pro Minute zu einem Thema geäußert werden, Verwendung als Grundelement in einer Untersuchung mit Patienten einer psychiatrischen Klinik. Die verbale Produktivität, operationalisiert durch die Anzahl der Wörter zu einem Thema, liegt Arbeiten von SIEGMAN & POPE (1965, 1972) zugrunde. Auch HARLING (1974) verwendet zur Analyse formaler Merkmale in der verbalen Interaktion von Therapeut und Patient Wörter als Grundelement.

Die Wahl der Analyseeinheit richtet sich bei den verschiedenen Autoren nach der Art der von ihnen analysierten Daten und nach den damit verbundenen Annahmen. Es lassen sich zusammenfassend fünf Alternativen feststellen:

1. Zeitliche Einheiten aufgrund künstlich festgelegter Zeitintervalle (BERG, 1967)
2. Interaktionale Einheiten aufgrund von Sprecherwechsel (KITZMANN et al., 1974)
3. Psychologische/natürliche Einheiten aufgrund zum Ausdruck gebrachter zusammenhängender Gedanken (BALES, 1950)
4. Kategoriale Einheiten aufgrund eines vorgegebenen Kategoriensystems oder Auszählungsmodus (KATZ et al., 1969; KANFER, 1960)
5. Vermischte Einheiten aufgrund der Kombination der genannten Arten

Analyseeinheiten und Systeme zur Inhaltsanalyse müssen sich immer wieder Kritik gefallen lassen für alles, was sie auslassen. Denn was sie zu messen vermögen, ist gering im Vergleich zu den komplexen Wahrnehmungen, die man als Beobachter registriert. Doch erhebt keines der Inhaltsanalyse-Schemata den

Anspruch, allumfassend zu sein. Man muß vielmehr davon ausgehen, daß sie immer nur einen Ausschnitt aus der komplexen Materie behandeln wollen. Eine befriedigende adäquate Analyse erfordert deshalb eine große Anzahl von Maßen, die zumindest für ihren begrenzten Bereich valide und reliabel sein sollen. Inhaltsmaße müssen deshalb ergänzt werden durch andere,z.B. nicht-verbale Maße. Die BALES'sche Interaktionsanalyse und auf ähnliche Verfahren aufbauende Interaktionsanalysen lassen neben der Beurteilung von Inhalt/Thematik und seiner Qualität auch Gesichtsausdruck und Körperhaltung in die Beurteilung miteingehen. (FINE & ZIMET, 1956; BALES, 1950; BORGATTA, 1963; BORGATTA & CROWTHER, 1965). Wir sind in unserer Analyse jedoch nur auf die verbale Interaktion angewiesen, ergänzendes nicht verbales Material steht uns nicht zur Verfügung.

Diese Tatsache ist umso bedauerlicher, als Forscher, die mit natürlichen Kommunikationssituationen arbeiten, die große Bedeutung von Pausen, Betonung, Sprechmelodie etc.,desgleichen von Mimik und Gestik für die Bedeutungskonstitution sprachlicher Äußerungen betonen. Diese vokalen und nicht vokalen, nicht verbalen Zeichen können die Bedeutung der verbalen Äußerung modifizieren, verstärken, abschwächen, substituieren oder kontradiktorisch wirken. Darüber hinaus dienen sie in vielen Fällen der Segmentierung und Rhythmisierung des Sprachflusses (SCHERER, 1977).

Aus den Ausführungen zu den unterschiedlichen Scoring- und Analysesystemen läßt sich zusammenfassend feststellen, daß ihre Anwendung zwei gegensätzlichen Auffassungen unterliegt; die eine reduziert die Interaktionseinheiten auf die kleinsten beobachtbaren Veränderungen, die andere läßt globalere Beobachtungen zu, in der Einheiten gewählt werden, die häufig als 'natürlich' bezeichnet werden und kohärente Gedankengänge oder Kommunikationsinhalte umfassen.

In unserer Analyse haben wir uns mehr an den natürlichen Analyse-Einheiten orientiert. Als Analyse-Einheit haben wir primär die Äußerungen eines Sprechers/Interaktionspartners bis zur Ablösung durch den anderen gewählt, sekundär diese jedoch untergliedert, wenn sie unterschiedliche Inhalte oder Verhaltensweisen zeigten, was mit

einer Verlängerung der Äußerung einherging.[1] Dieses Vorgehen schien aus mehreren Gründen angebracht. Einmal wurde die Kodierung nicht von teilnehmenden Beobachtern durchgeführt, sondern basiert auf Transkriptionen, wodurch viele nicht verbale Verhaltenshinweise verlorengingen, die die Wahl anderer Analyseeinheiten ermöglicht hätten. Zum anderen kommen strukturelle Eigentümlichkeiten der thailändischen Sprache hinzu, die beispielsweise eine eindeutige Auszählung bestimmter Wortkategorien nicht ermöglicht. Zum dritten schien uns die gewählte Vorgehensweise der angestrebten inhaltlichen Analyse angepaßter zu sein, als dies bei kleineren Einheiten der Fall gewesen wäre. Eine Einschränkung im Vergleich zu Arbeiten, die die 'natürlichen' Analyseeinheiten verwendeten (BOOMER, 1965; LLEWELLYN & DITTMAN, 1967; und JAFFE et al., 1967), liegt bei uns in der Arbeit mit transkribiertem Material, aus dem nicht hervorging, wie lange die Pausen (switching pause: JAFFE et al., 1967) beim Übergang vom Zuhören zum Sprechen waren. Die 'Latenzzeit', wie sie von STRUPP & WALLACH (1965) bezeichnet wurde, kann demgemäß keine Berücksichtigung finden.

3.3.2 Aufzeichnung der Arzt-Patient-Interaktion

Eines der Ziele dieser Untersuchung bestand in der Beibehaltung der natürlichen Gegebenheiten der Arzt-Patient-Situation und ihrer verschiedenen Komponenten. Aus diesem Grund wollten wir die Interaktionsaufzeichnungen so durchführen, daß sie den normalen Ablauf der Sprechstunde nicht störten. Nur wenige Forscher haben im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation die Gespräche auf Tonband aufzeichnen lassen. COULTHARD & ASHBY (1975) gehören zu ihnen. Sie haben 24 Gespräche aufgezeichnet und äußern sich zum Problem der Verfälschung der Situation durch die Tonbandgeräte folgendermaßen: "Although we realize that introducing a tape recorder does have some effect our experience shows that people very

---

1) In Bezug auf Kleingruppen wählt MANN (1967) ein vergleichbares Vorgehen. Er definiert eine Handlung als einzelne Rede oder Satzfolge, in der die zum Ausdruck gebrachten Gefühle/Gedanken uniform sind. Eine von zwei Verhaltensweisen bedeutet das Ende einer solchen Handlung: a) der Sprecher wird von einem anderen Gruppenmitglied oder dem Leiter unterbrochen, oder b) der Sprecher wechselt den zum Ausdruck gebrachten Gedanken.

quickly forget the tape recorder. Even so, the kind of linguistic adjustments they make are, for our purpose, trivial - they may put on an accent or speak more grammatically, but the kind of patterning we are interested in is too basic and deep-seated to be easily altered" (p. 13).

Aus unserer Erfahrung können wir diesen Ausführungen zustimmen. Bei unseren Aufzeichnungen standen die Tonbandgeräte meist für Arzt und Patient verdeckt, so daß die Störung durch sie minimal war. Die Stereo-Mikrofone waren auf die Plätze der Interaktionspartner ausgerichtet, und wo sie nicht spezielle kaschiert waren, ließen sie sich zwischen den ärztlichen Utensilien auf dem Schreibtisch des Arztes kaum ausmachen. Die Verfälschung vonseiten der Ärzte schätzen wir ebenfalls nicht hoch ein, da sie meist keine Zeit hatten, von den Dingen, die um sie herum vorgingen, Kenntnis zu nehmen. Die Patienten selbst wurden nur in Ausnahmefällen über die Untersuchung informiert, d.h. nur diejenigen, die vor und nach Aufsuchen des Arztes noch zusätzlich interviewt wurden, und die Patienten, die den Mikrofonen besondere Beachtung schenkten. Die Aufzeichnungen wurden von thailändischen Mitarbeitern überwacht, die zusätzlich Notizen über die Reihenfolge der Patienten machten und auch die ärztlichen Handlungen notierten, wie z. B. die Verwendung eines Stethoskops, Perkussionshammers oder auch das Ausschreiben eines Rezeptes. Die Aufzeichnungen selbst schienen die Ärzte in ihrem Verhalten nicht merklich zu beeinflussen. Hierfür war in die Beobachtungskalierung des ärztlichen Verhaltens die Frage aufgenommen worden, ob der Arzt sich durch die Tonbandaufnahmen beeinflußt zeigt. Es lag eine 5-Punkte-Skalierung vor:

SKALIERUNG	BEOBACHTERURTEILE	%
nie	4	3.2
selten	54	43.6
manchmal	62	0.0
häufiger	4	3.2
dauernd	-	-
	124	100.0

In 47 % der Beobachtungen wurde festgestellt, daß sich der Arzt nie oder selten von den Tonbandaufzeichnungen beeinflußt zeigte, in weiteren 50 % der Beobachtungen zeigten sich die Ärzte nur manchmal beeinflußt. Lediglich bei 3 % entstand der Eindruck einer echten Störung. Hier soll nicht näher auf die Problematik von Beobachterurteilen und der Validität ihrer Aussagen eingegangen werden (vergl. dazu die Arbeit von SCHNEIDER (1975), der die Fremd- und Selbstbeurteilung derselben thailändischen Ärzte analysiert).
Trotz der erklärten Absicht, 'lebensnahe' Daten zu erhalten, erfordert die weitere Verarbeitung der Daten jedoch eine Abstraktion vom natürlichen Interaktionsgeschehen. Durch die Aufzeichnung der Interaktionen mit Hilfe von Tonbandgeräten werden zwangsläufig Informationen vergeben, die beispielsweise durch Aufzeichnungen mit Video-Recordern erhalten geblieben wären. Dies sind in erster Linie Informationen über nichtverbal vermittelte Verhaltensweisen, wie z. B. proxemische Variablen (HALL, 1969). Ein weiterer Informationsverlust entsteht bei der Niederschrift der aufgezeichneten Texte, wo bestimmte Tongruppierungen wie Ausrufe, Worte, Sätze zwar niedergeschrieben werden können, nicht aber Tonqualität, Lautstärke, Stimmlage, Betonung, Dämpfung der Stimme etc.
So drängt sich eine Vorgehensweise der Interaktionsanalyse nach formalen Kriterien, wie Sprechdauer der Interaktionspartner oder Pausenlänge (CHAPPLE, 1949), Wortverwendungsfrequenzen (LLEWELLYN & DITTMAN, 1967), durchschnittliche Äußerungslänge (JAFFE, 1967) oder die Analyse von Inhalten, wie sie BERELSON (1952) oder GOTTSCHALK, SPRINGER & GLESER (1961) vorgenommen haben, fast zwangsläufig auf.

3.3.3 Zur Transkription der Konsultationstexte

Die Texte wurden so transkribiert, daß die Aufeinanderfolge der wechselseitigen Äußerungen der Gesprächspartner gewahrt blieb. Dadurch war es möglich, am Wechsel der Äußerungen vom Arzt zum Patienten oder umgekehrt die Analyseeinheiten zu orientieren. Die beim Sprecherwechsel auftretende Verzögerungspause wurde nur gemessen, wenn sie 2 Sekunden oder länger dauerte, was aus Gründen der Arbeitserleichterung notwendig wurde, da die Pausen während des Abschreibens vom Tonband gleichzeitig mit der Stoppuhr gemessen werden mußten. Auch die Schweigephasen während einer Äußerung wurden nur gemessen, wenn sie 2 Sekunden oder länger waren. Eine weitere formale Charakteristik der Interaktion von Gesprächspartnern, das gleichzeitige Sprechen, wurde ebenfalls nicht berücksichtigt, weil die begründete Annahme besteht, daß in nicht emotionalen Gesprächen mit nur zwei Teilnehmern die simultanen Äußerungen nur selten auftreten (JAFFE, FELDSTEIN & CASSOTTA, 1967; s. hierzu auch DUNCAN, 1975). Dies traf auch für unsere Aufzeichnungen zu. Der Patient verfiel meist sofort in Schweigen, wenn sich der Arzt äußerte. Dieses Verhalten läßt sich in der überwiegenden Zahl dyadischer Interaktionen feststellen. Es kommt kaum vor, daß beide Partner nebeneinanderherreden, wenn sie einander sehen können, anders als beispielsweise bei Telefonaten.

Um auch die Pausen für eine Auswertung zugänglich zu machen, war zwar eine Verwendung des CHAPPLE'schen Interaktions-Chronographen vorgesehen, doch wurde diese Absicht aufgegeben, da nur ein Gerät zur Verfügung stand, die Menge Materials und die Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit den simultanen Einsatz mehrerer Transkribierer erforderlich machte und zusätzlich die Tonqualität des Materials für einen Einsatz des Geräts zu gering war (CHAPPLE, 1949).

Weitere Auflagen zur Transkription bestanden in der genauen lautlichen Abschrift des Textes mit der entsprechenden Dialektfärbung und anderen sprachlichen Besonderheiten, auch grammatikalischen Fehlern. Die Genauigkeit der Aussprache in der Transkription wiederzugeben, war wichtige Voraussetzung für die Auswertung der Partikel, wo leichte Abweichungen andere Bedeutungen und Interpretationen bedingen können (WACHARAKUL, 1979). Auch unverständliche Passagen und Äußerungen wurden festgehalten und deren Dauer ausgemessen, ebenso wurde vermerkt, wenn ein Interaktionspartner den anderen unterbrach, wenn einer der Interaktionspartner stotterte, seine Äußerung nicht beendete oder sich selbst unterbrach. Interjektionen, Exklamationen und Lachen waren weitere Merkmale, die übertragen wurden. Die Transkription wurde räumlich so aufgeteilt, daß die linke Seite des Blattes dem Text des Arztes, die rechte Seite dem Text des Patienten vorbehalten blieb, wobei mit jedem Übergang des Sprechens von einem Interaktionspartner zum anderen ein Zeilenvorschub vorgenommen wurde (s. S. 96). Bei der Analyse des Textes wurden die Analyseeinheiten im Text markiert. Jede Analyseeinheit nimmt in einem Protokoll (Computerprogramm) nach Entzerrung der als PHYS-Datei gespeicherten Daten eine Zeile ein, die entsprechend der Subsysteme der Inhaltsanalyse formatiert ist. Die Aufeinanderfolge der Zeilen entspricht dem zeitlichen Ablauf der Arzt-Patient-Interaktion.

Abbildung 8: Kopie eines überprüften und korrigierten Transkripts eines Konsultationsgesprächs

หมายเลขคนไข้: 272123
ชื่อคนไข้: นาย วินัย ชาย
อายุ:

1. เป็นไงไร/	
	มันปวด ตานี้มันมึนศีรษะประจำ แล้วมีกลิ่นคาวใน จมูกอะ/
แน่นจมูก/	
	ใส่ขี้จมูกเหม็นคาว ๆ ///----/
2. น้ำมูกสีอะไร น้ำมูกออก/	
	น้ำมูกสีเหลืองข้น/
ข้น/	
	เหนียว ๆ/
3. ไซนัสซีทิส/	
	แล้วเจ็บตรงเส้นตรงนี้/----
ออกซิลารี่/	
	4. ....2:5'... อ่อนเพลียใจรู้สึกมึนอยู่เรื่อย
....11'.... เดี๋ยวเอาไอ้นี่ไป จะรักษาให้ นะ จริงจังซะทีนะ/	
	....4:5'... ใจมันเพลีย มันเพลียอยู่เรื่อย เมื่อวานเป็นลมครั้งนึง เจ็บตรงเส้นตรงนี้ มัน มึน ๆ ศีรษะ
แอนโธริล/....42'.... 5. เวลาแน่นมียาพ่น จมูกนะ/	
	ไม่มี ไม่เคย ก็หมอเขาเข้ง ฉีดยาไปสามสี่วัน มันไม่สบาย/----
ตอนนี้ เวลาปวดหัว กินเวลาปวด ยาเม็ด กิน ยาฉีด ๆ เค้าให้ยาเรา เราเก็บไว้กิน [..๔.5:5'... นาย วินัย/....5:5'... เอ้า	
	(คนอื่น) ...3:5'.... ขอบคุณค่ะ/(หมอส่ง โอ พี ดี วี ให้)]

Zeichenerklärung: ..... kurze Pause ...5!.. Pause von 5 Se
-/- unterbricht sich ------ Unterbrechung
unvollst. Satz durch Partner

3.3.4 Die Entwicklung des Analyseschemas

Das Schema zur Analyse der Arzt-Patient-Interaktion auf der Grundlage von Tonbandaufzeichnungen wurde empirisch in zwei Abschnitten entwickelt. Um eine erste Fassung zu erstellen, wurden in einer Voruntersuchung Interkationen aufgezeichnet, abgeschrieben und die Inhalte aufgelistet. Durch den engen Bezug auf ausschließlich Arzt-Patient-Gespräche spiegeln die inhaltlichen Auswertungskategorien auch den Ablauf dieser Gespräche wider. Während der Auswertung der Gespräche der Hauptuntersuchung wurde das Schema ergänzt und verfeinert, die Kategorien so angeordnet, wie sie einem 'idealen' oder 'geordneten' Gesprächsverlauf entsprechen würden. Neben der empirischen Bestandsaufnahme gingen in das Analyseschema auch Überlegungen zum Verhalten der Interaktionspartner ein, wie es sich im Austauschprozeß im Sinne von KATZ (1964) u.a. etwa abspielt oder wie es im Gebrauch von Anredeformen und im Gebrauch von Fragen und Anweisungen zum Ausdruck kommt, ergänzt durch andere sozial-verbale Verhaltensweisen. Zudem versuchten wir durch die Trennung von Inhalten und Modes, die Unterscheidung in die Funktion der ausgetauschten Information und in die Art des Austauschs aufrechtzuerhalten, die beispielsweise im IPA von BALES (1950) verlorengeht. Wir unterscheiden deshalb sechs Subsysteme des Analyseschemas:

1. Inhalte
2. Modes
3. sozial-verbale Verhaltensmerkmale
4. Anredeformen
5. Partikel
6. Textlänge und Pausendauer

Um eine Aufbereitung der Daten mit Hilfe von EDV-Anlagen zu ermöglichen, wurden die Texte gemäß der Kategorien der sechs Subsysteme kodiert und auf Lochkarten übertragen.

3.3.4.1 Das Arzt-Patient-Gespräch, seine Phasen und Inhalte

Das Arzt-Patient-Gespräch entspringt einem Zweckbündnis, das der Patient mit dem Arzt eingeht, um Hilfe und Heilung von empfundenen organischen, psychosomatischen oder psychischen Störungen zu erhalten. Der Arzt ist der Spezialist, von dem diese Hilfeleistung erwartet

wird und der seinerseits seine Tätigkeiten auf diesen Zweck ausrichtet. Er bestimmt aus seiner Sicht das Gespräch, um die für ihn nötigen Informationen zu erhalten, die ihn befähigen, die entsprechende Hilfeleistung zu geben.

Der Patient ist, wenn er das Sprechzimmer betritt, bereits registriert und durch sein Krankenblatt avisiert worden, das meist schon in Reichweite des Arztes liegt, der sich darin über Name, Alter und Beruf informieren kann. Da in vielen Krankenhäusern bereits die wartenden Patienten im Sprechzimmer Platz nehmen, entfällt meist auch die Berüßung. Sie wird häufig ersetzt durch die Aufforderung, am Tisch des Arztes Platz zu nehmen oder durch eine gleichgemeinte Aufforderungsgeste, so daß der Arzt sofort mit Fragen beginnen kann, wie es dem Patienten geht, wo es ihm weh tut oder kurz, was es gibt. In 61% der von uns registrierten Gespräche beginnt der Arzt mit diesen allgemeinen Fragen, in 28.9% äußert er einen Gruß, wohingegen nur von 13% der Patienten ein Gruß geäußert wird, was daran liegen mag, daß der Patient statt einer verbalen Äußerung nur eine Grußgeste ausführt - ein sicher gleichwertiger Ersatz, der aber aufgrund unseres Materials nicht überprüfbar ist, sondern nur aufgrund der kulturellen Kenntnis interpretiert werden kann.

Bereits in dieser Anfangsphase gegenseitigen Kontakts vermag die Reaktion des Arztes bestimmte Erwartungen und Eindrücke des Patienten zu bestätigen oder zu modifizieren und die Basis für ein erfolgreiches Verhältnis zu schaffen oder im Gegenteil die Befürchtungen des Patienten zu vertiefen.

In der nun folgenden Hauptphase der Interaktion lassen sich deutlich 2 Unterphasen feststellen. In der ersten sammelt der Arzt Informationen vom Patienten, in der zweiten gibt er hauptsächlich Information an den Patienten weiter. Die Informationssuche wird inhaltlich bestimmt durch die Erhebung anamnestischer Daten, Symptombefragung, Erkundigung nach vorangegangener Behandlung

und deren Dauer und Effekt und kann zusätzlich durch Aktivitäten des Arztes in der Untersuchung modifiziert werden. In Fällen, in denen der Arzt die Ursache der Erkrankung in der sozialen Umgebung oder in der Arbeitssituation vermutet, wird er verstärkt versuchen, die sozialen und arbeitsmäßigen Bedingungen zu erfragen, bevor er eine Entscheidung über die Diagnose fällt und damit zum informationsvermittelnden Teil der Hauptphase kommt. In diesem ersten informationserhebenden Teil ist der Patient der Partner, von dessen Informationsweitergabe - sowohl nach Art und Menge - das ärztliche Vorgehen und die ärztliche Entscheidung abhängen. Der Patient kann hier durch die Schilderung seiner Erkrankung und deren Verlauf den Interaktionsprozeß mitbestimmen. Dies ist jedoch nicht unabhängig vom Verhalten des Arztes, der unter Umständen durch die Art seiner Frageformulierung dem Patienten keine Gelegenheit zu eigenen ausführlichen Schilderungen gibt. Ja-Nein-Fragen einerseits und das Aufrechterhalten der Statusdifferenz andererseits erlauben es dem Patienten kaum, von sich aus Erläuterungen anzufügen oder selbst Initiative zu ergreifen. Hat der Arzt den Eindruck, genügend Kenntnis über den Krankheitsverlauf etc. zu besitzen, bzw. ist der Patient nicht mehr in der Lage, neue Informationen zu liefern, muß der Arzt seine vorläufige oder auch endgültige Diagnose fällen. Mit diesem Schritt wird der Hauptanteil der Informationsvermittlung vom Patienten an den Arzt übertragen.

Gemäß unseres Verständnisses von Information können wir jedoch nicht sagen, daß der Arzt bisher keine Informationen geliefert hätte. Die Art und Weise, in der er eine Frage stellt, welche Frage er stellt und warum gerade diese, die Reaktion auf eine Antwort, kleine Bemerkungen, ja schon ein ernstes Gesicht vermitteln dem Patienten Informationen, die er im Kontext seiner Vermutungen, Hoffnungen oder Befürchtungen interpretiert , diese dadurch vermindernd oder bekräftigend.

Vom Arzt, der nun die notwendigen Kenntnisse über den Patienten erfragt hat, dessen Lebens- und Arbeitssituation kennt und die Krankengeschichte in diesen Bezugsrahmen einordnen kann, wird

nun im zweiten Teil der Hauptphase angenommen, daß er ausführliche und verständliche Erklärungen zur Diagnose, zur folgenden Behandlung, Medikation und Dauer der Erkrankung und zur Prognose gibt. Verständlichkeit dieser Information und Angepaßtheit an die soziale und finanzielle Situation des Patienten sind wichtige Vorbedingungen für die sorgfältige Einhaltung und Durchführung der ärztlichen Anordnungen.
Die Prognose schließlich soll verhindern, daß der Patient im Ungewissen gelassen wird über das Resultat seiner Behandlung und deren Dauer und daß er bei chronischen Erkrankungen oder langwierigen Heilungsprozessen nutzlos weitere Ärzte konsultiert oder daß er die Behandlung verfrüht abbricht, weil er nicht mehr an einen Behandlungserfolg glaubt. Der Patient soll sich mithilfe ausreichender Information auf eine Behandlung einstellen können.
Die Erklärungen des Arztes münden in die Schlußphase. Informationen der Schlußphase sind mehr bürokratisch-administrativer Art. Weitere Termine werden vereinbart, Medizinverschreibungen ausgehändigt und der Patient verabschiedet, meist mit dem Hinweis, sich die Medizin in der Krankenhausapotheke abzuholen.

Wir haben unser Schema zur Analyse der Inhalte der Arzt-Patient-Gespräche auf dem geschilderten Verlauf eines solchen Gesprächs aufgebaut. Es wird in Abbildung 9 als Ablaufdiagramm dargestellt. Danach wird der Erkrankte nach seiner Registrierung in der Aufnahme der Poliklinik einer Abteilung zugewiesen. Für unsere Untersuchung war die 'Allgemeinmedizinische Abteilung' maßgebend. Hier im Konsultationsraum findet das Gespräch statt, dessen Inhalte wir mit Kodierungsnummern versehen haben (01 - 91). Zur weiteren Verwendung werden diese dann zu Inhaltsgruppen zusammengefaßt, um die Bearbeitung der Daten übersichtlicher zu gestalten. Die zu Gruppen zusammengefaßten Inhalte sind im Ablaufschema umrandet und die Gruppenkennzeichnungen groß geschrieben.

Einige Inhalte sind zeitlich nicht fest zuordenbar oder sind anderen Gruppierungen angebunden. Die Verbindungslinien zwischen den Inhaltsgruppen kennzeichnen diese Möglichkeiten exemplarisch. Am variabelsten lassen sich wohl die Informationen zur persönlichen Situation im Gesprächsverlauf anordnen. Der Name des Patienten, ein Inhalt dieser Gruppe, kann vom Arzt zu Beginn des Gesprächs gefragt werden, aber ebensogut gegen Ende, wenn er ein Medikament verschreibt.
Die Gruppierung der Inhalte in ihrer Reihenfolge ist im Folgenden in 18 Kategorien angeordnet, wird aber später weiter zusammengefaßt werden.

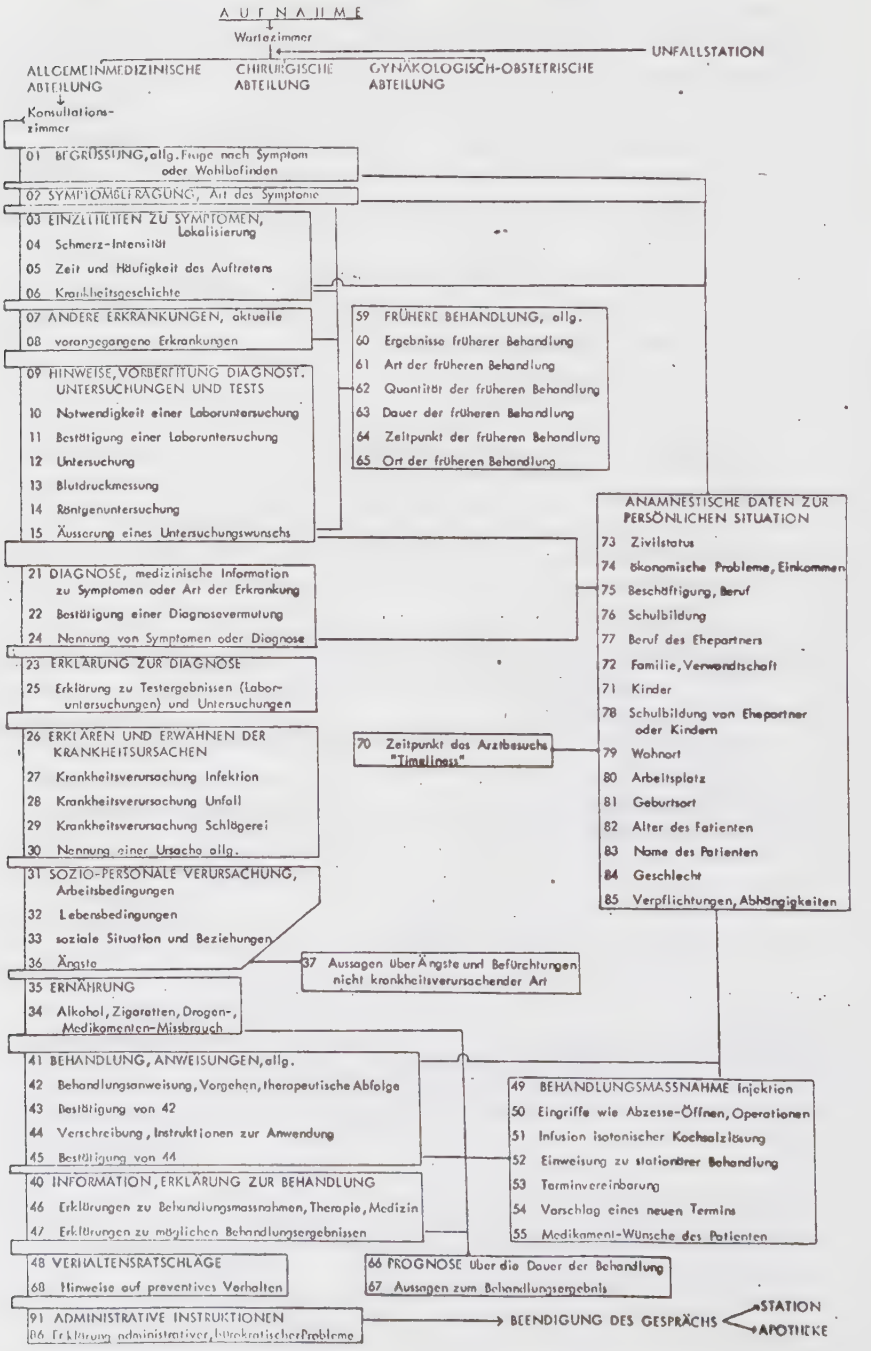
Inhaltskategorien (nach Gruppierung):

1. Begrüßung
2. Befragung zur Art des Symptoms
3. Einzelheiten zum akuten Symptom
4. andere akute oder vorangegangene Erkrankungen
5. Informationen zur früheren Behandlung
6. anamnestische Daten zur persönlichen Situation
7. Erwähnung diagnostischer Untersuchung und Labortests
8. Diagnosenennung
9. Erklärung zur Diagnose
10. Nennung und Erklärung der Krankheitsursache (andere als 11 u.12)
11. sozio-personale Krankheitsverursachung
12. Ernährung und Lebensweise als Verursachung
13. Nennung der Behandlung und Behandlungsanweisung
14. Behandlungsmaßnahmen
15. Information und Erklärung zur Behandlung und zu Behandlungsergebnissen
16. Prognose
17. Verhaltensempfehlungen
18. administrative Erklärungen und Instruktionen, Verabschiedung

---

1) Liste der Inhalte s. Anhang 3.3, S. 22 ff.

Abbildung 9 Ablaufschema einer Konsultation



Zusammenfassend sei zur Operationalisierung der Phasen festgehalten, daß der Versuch der herkömmlichen Einteilung in Anfangs-, Haupt- und Endphase mit Hilfe von Inhalten im speziellen Fall der Konsultationsgespräche zwischen praktischem Arzt und Patienten und damit ein Vergleich mit anderen Gesprächen (Beratungsgespräch, therapeutisches Gespräch) nicht sinnvoll ist. Es ist stattdessen notwendig, vom Informationsfluß auszugehen und die inhaltlichen Determinanten des Gesprächs zu berücksichtigen. Als Folge dieses Vorgehens erhalten wir ebenfalls drei Phasen, die sich in ihrer Funktion klar voneinander unterscheiden in:

Phase 1. der Arzt sucht Information zur Symptomatik

Phase 2. der Arzt erteilt Auskunft über Diagnose und Krankheitsursachen

Phase 3. der Arzt erteilt Auskunft zur Behandlung und verabschiedet den Patienten

Den genannten Phasen sind bestimmte, zuvor genannte, Inhalte (s.S. 101 u. 102) zugeordnet:

Phase 1 Inhaltskategorien 1 bis 7 enthalten primär die Aufforderung des Arztes an den Patienten, seine Symptome zu schildern und Einzelheiten wie Zeit und Häufigkeit des Auftretens, Schmerzqualität und -intensität und die Krankheitgeschichte zu nennen. Bestandteile dieser Befragung sind auch andere aktuelle Symptome und frühere Erkrankungen, mit denen die akute Erkrankung in Verbindung gebracht werden könnte.

Phase 2 Inhaltskategorien 8 bis 12 enthalten die Nennung der ärztlichen Diagnose, ihre Erklärung oder, wenn sie vom Patienten als Vermutung geäußert wurde, ihre Bestätigung. In diesen Kategorien sind auch die Erklärungen für die Krankheitsursache enthalten, wie sie neben Infektionen beispielsweise auch in Lebens- oder Umwelt- und Arbeitsbedingungen liegen könnten.

Phase 3 Inhaltskategorien 13 bis 18 enthalten primär die Behandlungshinweise des Arztes, aber auch Erklärungen zur Behandlung, die dem Patienten vermitteln sollen, wie er sich richtig und für seine Genesung förderlich verhalten kann. Die Behandlungshinweise beziehen sich auf die therapeutischen Maßnahmen und ihre Applikation, Zeitpunkt und Dauer der Einnahme verschriebener Medikamente, Diätvorschriften und Untersagen schädlicher Tätigkeiten. Die Inhaltskategorien enthalten aber auch prognostische Aussagen sowie die Terminnennung bei Wiedereinbestellung des Patienten, aber auch Erklärungen, wo die verschriebenen Medikamente abgeholt werden sollen.

3.3.4.2 Das Arzt-Patient-Gespräch und seine Modalitäten (Modes)

In Anlehnung an die von KATZ (1964) verwendeten Modes haben wir in der Analyse der Gesprächstexte neun Modalitäten berücksichtigt, die jeweils an den entsprechenden Gesprächspartner gekoppelt sind. Als Gesprächspartner wurden folgende Personen berücksichtigt:

1. behandelnder Arzt
2. Patient
3. Krankenschwester
4. Begleitperson des Patienten
5. Arzthelferin, Sprechstundenhelferin
6. nichtbehandelnder Arzt
7. Beobachter aus dem Untersuchungsteam
8. anderer anwesender Patient
9. nicht identifizierbare Person

Die Gesprächsinhalte dieser Personen wurden nach ihren Modalitäten in folgender Weise beurteilt und verkodet:

0. es wird keine Antwort gegeben
1. es wird eine Frage gestellt, eine Information gesucht
2. es wird etwas angeboten, ein Vorschlag gemacht
3. es wird etwas vorenthalten
4. es wird eine Antwort, Erklärung, Information gegeben
5. es wird etwas verweigert, es wird widersprochen
6. es wird etwas akzeptiert, angenommen, befolgt
7. es wird etwas bestätigt
8. es wird etwas angeordnet, befohlen
9. der Inhalt ist mit diesen Modalitäten[1)] nicht klassifizierbar

In unserer weiteren Darstellung wird generell nicht zwischen den Gesprächspartnern Patient und Begleitperson unterschieden, da in bestimmten Fällen (bei sehr alten, sehr jungen oder sehr kranken, nicht ansprechbaren Patienten) Begleitpersonen die Interaktionspartner des Arztes sind .

---

1) Die Erläuterung der Modalitäten findet sich im Anhang 3.3, S. 29 ff.

3.3.4.3 Die sozial-verbalen Verhaltensweisen im Arzt-Patient-Gespräch

Das Subsystem des Analyseschemas, das sich mit den sozial-verbalen Verhaltensweisen von Arzt und Patient befaßt, stellt nur einen Ausschnitt des Verhaltensspektrums dar, wie er aus dem geschriebenen Text erfaßt werden kann und nicht schon in anderer Weise verkodet wurde. Besonders die Subsysteme der Anredeformen und Partikel boten die Möglichkeit, verbales Verhalten, wie es sich in der höflichen oder weniger höflichen Anrede, in der Verwendung mehr oder weniger ausdrücklicher Anweisungen und/oder mehr oder weniger direktiver Fragen manifestiert, in sehr abgestufter Form zu erfassen und zu kodieren. Diese Hinweise, soweit sie in den genannten Subsystemen ihren Platz fanden, sind in diesem Teil des Schemas nicht enthalten, um Doppelkodierungen zu vermeiden.

Die Kategorien zum sozial-verbalen Verhalten sind im Anhang (S. 22 ff) aufgeführt. Ein Teil von ihnen gilt sowohl für den Arzt als auch für den Patienten, für Verhaltensweisen, die durchaus als reversibel betrachtet werden können. So kann der eine Gesprächspartner jeweils den anderen in seinen Ausführungen unterbrechen, können beide höfliche oder unhöfliche Äußerungen machen oder bestimmte Ausrufe von sich geben. Andere Verhaltensweisen sind dagegen vornehmlich auf den Arzt bezogen, so z.B. die Aufforderung an den Patienten, näher zu treten und Platz zu nehmen. Persönliches Interesse und Aufmerksamkeit werden mehr dem Patienten gelten, als sich in Äußerungen des Patienten dem Arzt gegenüber finden. Ebenso sind Eigenschaften wie Güte, Nächstenliebe und Barmherzigkeit in der Arzt-Patient-Beziehung fest an der Person des Arztes verankert, falls überhaupt vorhanden oder anhand der Äußerungen feststellbar.

Anreden und Partikel sind zwei weitere Sybsysteme des Analyseschemas (s. Anhang 3.3., S. 42 f), die hier aber nicht analysiert werden (s. hierzu stattdessen WACHARAKUL, 1979).

3.3.4.4 Textlänge und Pausendauer im Arzt-Patient-Gespräch

An letzter Stelle der Analyse stehen die Subsysteme der inhaltsfreien Maße: Textlänge und Pausendauer. Die Interaktion zwischen Arzt und Patient läßt sich wie jede dyadische Interaktion in zwei Bestandteile gliedern, die verbale und die nicht verbale Interaktion.
WATZLAWICK (1974) sagt, daß man nicht nicht interagieren kann, also auch während des Schweigens interagiert. Mimik, Gestik, Körperhaltung drücken für den Partner Gefühle, beispielsweise der Zustimmung oder Ablehnung aus. Die Pausen in einem Gespräch sind ausgefüllt mit nicht verbalen Cues. Speziell im Arzt-Patient-Gespräch können wir feststellen, daß die Pausen mit Handlungen verschiedenster Art ausgefüllt sind, die besonders vom Arzt durchgeführt werden. So erfordert das Abhören der Herztöne oder Lunge beidseitiges Schweigen. Andere Handlungen des Arztes hingegen lassen diesem die Möglichkeit offen, das Gespräch weiterzuführen, wie z.B. beim Ausfüllen des Krankenblattes oder beim Schreiben des Rezeptes. Dabei kann er bereits Ratschläge geben,wie und wann die Medizin, die er gerade verschreibt, genommen werden muß. Es gibt aber auch Gesprächspausen, die nicht mit Handlungen ausgefüllt sind, wenn sich der Patient besinnen muß, wie denn seine Symptome anfänglich waren. Pausen sind aus dieser Sichtweise immer das Schweigen beider am Gespräch beteiligter Interaktionspartner; auch in diesem Sinn wird die Dyade als eine Einheit aufgefaßt. Kürzere Pausen ließen wir als Zwischenzeit für zwei Äußerungen gelten, etwa in dem Sinn der Reaktions- oder Latenzzeit, da der relative Anteil von Meßfehlern bei den kurzen Pausen zu groß gewesen wäre und die Ausmessung dieser kurzen, zwischen fast allen Äußerungen auftretenden Schweigeperioden einen erheblichen Mehraufwand an Zeit bedeutet hätte. Die Nichteinbeziehung dieser kurzen Schweigepausen stellt einen systematischen Fehler dar, den wir etwa auf eine Sekunde pro Äußerung schätzen würden, d.h. den Interaktionspartnern wird für jede Äußerung, die als Kodierungseinheit eingeht, eine Reaktionszeit von einer Sekunde eingeräumt (s.o.S. 94 f).

Diese Annahme führt im Ergebnis zu einer Reduktion der reinen Sprechdauer beider Interaktionspartner von durchschnittlich 135 Sekunden (bei 2360 Gesprächen) auf 97 Sekunden. Im Vergleich hierzu beträgt die durchschnittliche Interaktionsdauer beider Gesprächspartner 210 Sekunden.

Der Interaktionsdauer liegt eine Zeitmessung zugrunde, die von Beobachtern der Konsultationsgespräche durchgeführt wurde und den gesamten Zeitraum der Interaktion eines Arztes mit jeweils einem Patienten umfaßte. Da aus den genannten Gründen eine exakte Zeitmessung der Gesprächs- und Pausenanteile von Arzt und Patient nicht möglich war, mußten wir ein anderes Vorgehen wählen. Es sollte versucht werden, die Textlänge auszumessen, um auf diese Weise die Gesprächsanteile zu erhalten. Aus diesem Grunde wurden die Transkriptionen der Konsultationsgespräche mit Schreibmaschinen identischen Typs ausgeführt. Bei diesem Vorgehen wird die unterschiedliche Sprechgeschwindigkeit der Patienten oder auch des Arztes nicht berücksichtigt, was dieses Maß gegenüber der zeitlichen Messung sogar in Vorteil bringt, da uns neben den Inhalten die Nachrichtenmenge und Sprechanteile interessieren, nicht aber die Geschwindigkeit, mit der diese Inhalte vorgebracht werden.

Probeausmessungen und Berechnungen haben ergeben, daß die Textlänge ein adäquates Maß für die reine Sprechdauer der Interaktionspartner darstellt, wenn auch die Sprechgeschwindigkeit nivelliert wird. Die Gesamtinteraktionsdauer im Durchschnitt aller 2360 aufgezeichneten Konsultationsgespräche beträgt 210 Sekunden. Reduziert man diese auf die ausgemessenen Pausen der Interaktionspartner, erhält man eine durchschnittliche Sprechdauer von 135 Sekunden, die sich jedoch weiter reduziert auf 97 Sekunden reine Sprechzeit, wenn man die zuvor genannte 'Reaktionszeit' mitberücksichtigt. Setzt man die Textlänge mit diesem Maß der Sprechdauer in Beziehung, erhält man ein Ergebnis, das auch von anderen Autoren als Schätzwert

oder durch Messung erhalten wurde: Eine Sekunde Sprechzeit entspricht durchschnittlich 2.13 cm Text unserer Konsultationsaufzeichnungen. BOESCH (1972, S. 47 f) hat eine Relation von 33 cm Textlänge auf 15 Sekunden Sprechzeit berichtet, und auch GEISSNER (1968) kommt zu einem Ergebnis, das 5 Sekunden Sprechdauer für 10 cm Textlänge angibt. Dazu muß ergänzend bemerkt werden, das GEISSNERs Angaben sich auf die deutsche Sprache, die anderen Angaben sich auf thailändische Verhältnisse beziehen.

Diese Ausführungen sollten verdeutlichen, daß es durchaus gerechtfertigt ist, Textlänge als Ausdruck für den Anteil eines Interaktionspartners an einem Gespräch zu verwenden und daß durch einen entsprechenden Umrechnungsmodus bei Bedarf auch Zeitangaben möglich sind, wie sie aber für unsere Untersuchung nicht benötigt werden.

3.3.5 Kodierung und Zuverlässigkeit der Auswertung, EDV

Der erste Schritt in der Auswertung der vom Tonband mit Schreibmaschine übertragenen Gesprächstexte bestand in der Kodierung dieser Texte mit Hilfe des zuvor beschriebenen Analyseschemas. Die Abschrift der Gesprächstexte wurde von thailändischen Helfern durchgeführt, die maschinenschriftliche Fassung von thailändischen Schreibkräften erstellt. Auch für die Kodierung standen Thai-Mitarbeiter zur Verfügung, die zum Teil bereits in Interviews und bei den Konsultationsaufzeichnungen mitgewirkt hatten. In Zusammenarbeit mit der thailändischen Projektmitarbeiterin wurden die Kodierer in die Auswertung eingeführt und trainiert, bis in gemeinsamer Diskussion Einigkeit bezüglich der Kodierungskategorien erreicht worden war. Unklare Textstellen wurden auch weiterhin im Team diskutiert, um zu übereinstimmenden Lösungen zu gelangen. Alle Kodierungen wurden einer zusätzlichen Kontrolle unterzogen, um doch noch auftretende Unterschiede der einzelnen Kodierer zu beseitigen.

Die Übereinstimmung der Kodierungen vor dieser Kontrolle wurde nach etwa der Hälfte der Auswertung ermittelt. Hierzu kodierten die Auswerter unabhängig voneinander die gleichen Gesprächstexte, wobei ihnen unbekannt blieb, daß diese auch von den anderen kodiert wurden. Die durchschnittliche Übereinstimmung belief sich für die Bereiche Inhalte, Modalitäten und sozialverbales Verhalten auf 74%. Die geringste durchschnittliche Übereinstimmung ergab sich im Bereich Inhalte mit 69%. Dieser Bereich umfaßt 76 Kodierungsmöglichkeiten, von denen sich einige in ihrer Bedeutung sehr ähnlich sind und in dem wiederholt minimale Interpretationsunterschiede mehrdeutiger Textstellen auftraten. Da diese 76 Kategorien der inhaltlichen Kodierung zu 18 (bzw. 13) Übergruppen zusammengefaßt werden, erhöht sich die Übereinstimmung beträchtlich. Außerdem kann durch die nachfolgende Kontrolle mit einer Erhöhung der Übereinstimmung gerechnet werden.

Die Übereinstimmung im Bereich der Partikel und Anredeformen belief sich auf durchschnittlich 76% (GOLDSCHMIDT, 1976). Am höchsten war die Übereinstimmung aus der Messung der Textlänge, die infolge ihrer objektiven Meßbarkeit keinen Raum für interpretative Abweichungen läßt.

EDV-Bearbeitung

Die kodierten Daten wurden auf Datenträger übernommen, um sie EDV-Techniken zugänglich zu machen. Hierfür war eine Übertragung auf Lochkarten Vorbedingung. Fehler, die beim Übertragen auf die Lochkarte auftraten, wurden größtenteils durch Prüflochung beseitigt. Eine folgende Kontrollauszählung der Fehler an einer Stichprobe wies einen durchschnittlichen Fehlerquotienten von 2.7/1000 auf. In einem weiteren Korrekturschritt wurden logisch nicht konsistente Fehler mit einem Prüfprogramm aufgedeckt und verbessert, so daß mit einem durchschnittlichen Fehlerquotienten zu rechnen ist, der weitaus kleiner als der genannte ist. Der Umfang der korrigierten Datei als PHYS-Datei beträgt 10.350 Sätze, als entzerrte, frei formatierte Datei 39.620 Sätze, und das formatierte Listing dieser Datei umfaßt 121.800 Zeilen.

Mit einem speziell erstellten Programm wurde die Auswertung dieser Datenmenge ermöglicht[1)], jede ausgeführte Extraktion bestimmter Informationen für einzelne Fragestellungen bedeutete neben Programmänderungen oder der Erstellung neuer Programme auch die Schaffung neuer, umfangreicher Dateien.

1) Die EDV wurde im Rechenzentrum der Universität des Saarlandes durchgeführt. Die Programme zur Datenaufbereitung und Kontrolle wurden von Dipl-Phys. Bernd Kett erstellt und die Dateiverwaltung von Frl. A. Schmitt übernommen.

3.4 INHALTSANALYSE: DATEN UND ERGEBNISSE

Die Analyse der Aufzeichnungen von Arzt-Patient-Gesprächen wird in dieser Arbeit besonderes Gewicht legen auf inhaltliche und formale Aspekte der Informationsvermittlung, unter Berücksichtigung ihrer Verteilung in den Gesprächsphasen sowie auf die Aufeinanderfolge von Inhalten im Gesprächsablauf. Modalitäten und sozial-verbales Verhalten werden in beschränktem Umfang ebenfalls berücksichtigt.
Über allem steht dabei die allgemeine Annahme, daß Verhaltensdimensionen existieren, die die Varianz im interpersonellen Verhalten der Ärzte zu beschreiben vermögen.

3.4.1 Überblick

Einen ersten Überblick über die Daten verschafft uns die Betrachtung der durchschnittlichen Verwendungshäufigkeit und der durchschnittlichen Textlänge der Inhaltskategorien aller aufgezeichneten Arzt-Patient-Gespräche. Hierbei lassen sich vier Maße mit der inhaltlichen Auswertung in Verbindung bringen:

a) in wieviel Gesprächen bestimmte Inhalte angesprochen werden (n)
b) wie häufig diese Inhalte in diesen Gesprächen angesprochen werden (f)
c) wieviel Text diesen angesprochenen Inhalten zugeordnet werden kann (cm)
d) wie ausführlich werden die Inhalte behandelt (cm/f)

b) und d) lassen sich jeweils getrennt für Arzt und Patient feststellen.

3.4.1.1 Überblick über inhaltliche Variablen

Tabelle 2, S. 116 bezieht sich ausschließlich auf den ärztlichen Gesprächsanteil. Zwei besonders ausgeprägte Inhaltsbereiche fallen dabei auf: Das sind einmal Informationen, die zum akuten Krankheitsbild (Kat. 2 u. 3) erhoben werden. Fast 25% der

gesamten Textlänge des Arztes (cm % = 24.70) entfällt auf diesen Bereich, der bei 88.47 % aller Patienten (n %) angesprochen wird. Der Arzt stellt hier häufig, etwa 9 mal pro Patient ($f_{\bar{x}}$), vornehmlich kurze Fragen (3.4 cm pro Frage).

Der zweite Inhaltsbereich, der in Textlänge und in seinem relativen Anteil am Gespräch dem erstgenannten Bereich vergleichbar ist, umfaßt Behandlungsmaßnahmen und Behandlungsempfehlungen (Kat. 14 - 17) mit 25.1 % der Gesamttextlänge (cm %), aber nur 18.56 % der Verwendungshäufigkeit (f%), mit der diese Inhalte angesprochen werden. Im Vergleich hierzu ist der Anteil der Symptombefragung (Kat. 2+ 3) 34.47 %.

Aus der Relation Textlänge von Inhalten zu ihrer Verwendungshäufigkeit ergibt sich ein Hinweis auf die Ausführlichkeit, mit der die Inhalte behandelt werden. Der Arzt spricht Inhalte, die mit der Behandlung in Beziehung stehen, weniger häufig an - 5.5 mal pro Patient ($f_{\bar{x}}$), führt sie stattdessen aber weiter aus (6.4 cm pro Äußerung).

Im Konsultationsgespräch wurde die Hälfte der Informationen (cm Textlänge) für zwei Inhaltsbereiche verwendet, die von Praktikern die größte Bedeutung zugemessen bekommen. Die Textlänge hierfür ist zu gleichen Teilen zwischen der Befragung akuter Erkrankungen und den Hinweisen zur Behandlung (Kat.2+3, Kat. 14-17) aufgegliedert. Die andere Hälfte der Informationen (cm) bezieht sich auf unterschiedliche Inhalte, angefangen von Diagnosenennung, Erwähnung von Untersuchungen und administrativen Hinweisen, bis hin zur Erklärung der Diagnose und Prognose.

Der Inhalt 'Prognose' (Kat. 13), mit dem Ausführungen über die Dauer der Behandlung und deren Ergebnis kodiert wurden, erhält die kleinsten Werte über alle drei Aspekte (n, f, cm). Bei nur 126 Patienten (n % = 5.24) werden prognostische Angaben gemacht, die im Durchschnitt 9.53 cm lang sind, was 0.47 % der Gesamttextlänge entspricht (s. Tabelle 3, S. 116).

Jeder dritte Arzt vermeidet oder versäumt ganz, eine Prognose zu stellen. Die seltene Nennung von Prognosen läßt erkennen, welch geringe Bedeutung die Ärzte dieser Information beimessen. Sie zeigt aber auch die Sensibilität dieser Information und weist auf ihren konfliktreichen Inhalt hin. Das Nicht-Erwähnen oder Vermeiden dieser Inhalte ist einmal damit erklärbar, daß die Vermittlung von Prognosen, besonders bei ernsten Erkrankungen, viel Zeit, Einfühlungsvermögen und Fähigkeit zur Menschenführung erfordert. Zum andern liefert eine derartige Information den Patienten Bewertungskriterien für den Arzt, an denen sie absehen können, ob die Prognose in der vorausgesagten Zeit und Art und Weise auch tatsächlich eintrifft.

Bei nur relativ wenigen Patienten wird vom Arzt auf andere Erkrankungen eingegangen; gemeint sind jene Erkrankungen die zwar vorhanden sind, derentwegen der Patient aber nicht primär in die Sprechstunde kam. Eine Diagnose wird bei jedem zweiten Patienten genannt, Erklärungen dazu werden jedoch nur bei jedem sechsten Patienten gegeben. Wird die Behandlung allgemein bei 78.73 % der Patienten in irgendeiner Weise angesprochen, so wird eine Erklärung zur Behandlung nur jedem vierten Patienten (27.58 %) gegeben.

Allgemein für die hier aufgezeichneten Arzt-Patient-Gespräche läßt sich der Mangel an Hinweisen feststellen, die für den Verlauf der Krankheit und das Behandlungsvorgehen klärende Wirkung haben. Hinweise also, die in der fachlichen und kommunikativen Kompetenz des Arztes bedingt sind, und die es dem Patienten ermöglichen könnten, krankheitsgerechtere Verhaltens- und Einstellungsweisen zu erwerben, fehlen größtenteils.

Den Überblick vervollständigt der Vergleich der Arztanteile am Gespräch mit denen der Patienten (s. Tabelle 4, S. 118). Die Erläuterungen der Patienten zur Symptomatik und früheren Behandlung (Kat. 2 + 3) sind mit 40.2 cm etwa um ein Drittel länger als die Äußerungen der Ärzte (30.4 cm).

Umgekehrt sind die Stellungnahmen der Patienten zu den Krankheitsursachen (Kat. 10 = 14.3 cm) um ein Viertel, zu den Behandlungsinhalten (Kat.14-17=12.5 cm) sogar um drei Viertel kürzer als die Arztäußerungen (34.7 cm).

Die Ergebnisse, auch aus dem Vergleich der Gesprächsanteile von Arzt und Patient in Tabelle 5,S. 119,lassen zwei Gesprächsabschnitte erkennen. Der erste Abschnitt hat aus Sicht des Arztes informationsermittelnde Funktion, aus Sicht des Patienten dagegen informationsvermittelnde. Der zweit Abschnitt kehrt die Funktion der Interaktionspartner um. In ihm werden vom Arzt Informationen an den Patienten vermittelt und umgekehrt werden diese vom Patienten empfangen. Die Funktio des Arztes im ersten Abschnitt enspricht nicht genau der des Patienten im zweiten Abschnitt. Letzterer empfängt Information in vorwiegend passiver Form, Ärzte erheben ihre Informationen dagegen aktiv. Dementsprechend werden den einzelnen Inhalten von den Interaktionspartnern unterschiedliche Bedeutung beigemessen. So äußern sich beispielsweise die Ärzte bei 1533 Patienten zu Untersuchungen (Kat.7, Tabelle 5) durchschnittlich 3mal mit insgesamt 15.5 cm Textlänge, worauf die Reaktion der Patienten in nur 722 Fällen mit durchschnittlich 2 Äußerungen von insgesamt 8.2 cm Textlänge erfolgt.

Betrachtet man die durchschnittliche Textlänge von Ärzten und Patienten, so zeigt sich folgendes, bereits bei der Operationalisierung der Phasen Gesagte: Die Suche der Ärzte nac Informationen zur Symptomatik (informationserhebende Phase) wird quantitativ von der Äußerungsfreudigkeit der Patienten zu diesem Inhaltsbereich übertroffen. Die beiden nächsten (informationsvermittelnden) Phasen dagegen sind völlig auf den Arzt ausgerichtet, der über Diagnose und Krankheitsursache einerseits und Behandlung andererseits Auskunft erteilt, während der Patient diese Information vor allem rezipiert bzw. mit einer meist zustimmenden Äußerung akzeptiert. Wir finden hier bereits grob umrissen die Phasenstruktur bestätigt, die wir im Arzt-Patient-Gespräch vermutet haben (s. Kap.3.3.4.1, S. 97 ff).

Es scheint nur logisch zu sein, daß der Arzt hier mit seiner Äußerungsmenge den Patienten weit übertrifft, liegt doch keine funktionale Gleichverteilung der beiden Partner vor, wie dies in anderen Gesprächssituationen von Dyaden der Fall ist; oder im Sinne des Ressourcenaustauschs ausgedrückt: die vorhandenen Ressourcen sind unterschiedlich verteilt.

3.4.1.2 Der Zusammenhang von Arzt- und Patientenäußerungen

In der dyadischen Interaktion besteht zwangsläufig ein Zusammenhang zwischen den Äußerungen der Interaktionspartner, der durch die Interkorrelation der Inhaltskategorien sichtbar gemacht werden kann. Die Interkorrelation der Häufigkeit, mit der Inhalte von Arzt und Patient angesprochen werden und auch die Interkorrelation des Ausmaßes, mit dem diese Inhalte angesprochen werden, führt zu signifikanten Korrelationskoeffizienten. Im ersten Fall ist der durchschnittliche Koeffizient $r = .79$, und im zweiten Fall ist $r = .45$ bei $N = 2360$. Die Koeffizienten sind für homogenere Gruppen von Patienten, wie im Fall von Erst- und Folgepatienten noch höher [1]. Die Differenz zwischen den genannten Koeffizienten von Häufigkeit und Textlänge wird verständlich, wenn man die Konsultationsaufzeichnungen oder die Mittelwertstabellen (Tab. 2, 4 und besonders Tab. 5, S. 116,118,119) betrachtet. Diese Daten lassen erkennen, daß Reaktionen und Antworten der Patienten mit den Arzt-Äußerungen korrespondieren, nicht aber im gleichen Ausmaß mit der Textlänge. Während einerseits die Frage des Arztes kürzer als die Patientenantwort ist, sind seine Erklärungen länger als die Reaktion des Patienten hierauf.

Der Zusammenhang zwischen den Äußerungen des Arztes und seiner Patienten läßt jedoch noch keine Folgerungen auf die Abhängigkeit des Patienten vom Arzt zu, die aus der Rollenverteilung postuliert wurde. Hierfür wäre wieder ein Blick

---

1) $r_f = .80$, $r_{cm} = .51$.

Tabelle 2: Arztanteil am Konsultationsgespräch: Summen, Prozentverteilung und Mittelwerte von Inhaltsäußerungen, von Textlängen und von der Anzahl der Gespräche, in denen sie geäußert wurden. (N = 60 Ärzte und 2360 Patienten)

			Verwendungshäufigkeit			Textlänge			
Inhaltskategorien	n	n%	Σf	$f\%_{adj.}$	$f_{\bar{x}}$	Σcm	cm%	$cm_{adj.}$	$cm_{\bar{x}}$	cm/f
1. Begrüßung	1085	45.97	1444	2.65	1.33	5020	1.96		4.63	3.48
2. Befragung zur Art des Symptoms	2030	86.02	12305	22.59	6.06	63358	24.70		30.39	3.38
3. Einzelheiten zum akuten Symptom	1579	66.91	(18772) 6473	(34.47) 11.88	(8.99) 4.10				(n=2088) 88.47%	
4. andere Erkrankungen	222	9.41	603	1.11	1.72	2297	0.90		10.61	3.81
5. Information zu früherer Behandlung	1018	43.14	3686	6.76	3.62	15802	6.16		15.73	4.29
6. Daten zur persönl. Situation	1168	49.49	3640	6.68	3.11	13938	5.43		11.99	3.83
7. Erwähnung von Untersuchungen	1533	64.96	4713	8.63	3.07	23743	9.26		15.52	5.04
8. Diagnosenennung	1239	52.50	3455	6.34	2.79	24050	9.38		19.49	6.96
9. Erklärung zur Diagnose	414	17.54	787	1.44	1.89	5142	2.00		12.48	6.53
10. Nennung der Krankheitsursache	490	20.76	1206	2.21	2.45	16253	6.34		18.72	4.91
11. sozio-personale Ursache	244	10.34	(3308) 679	(6.06) 1.24	(3.77) 2.77				(n=875) 37.08%	
12. Ernährung und Lebensweise	390	16.53	1434	2.61	3.65					
13. Prognose	126	5.34	202	0.37	1.60	1201	0.47		9.53	5.95
14. Nennung der Behandlung	1289	54.62	3609	6.63	2.80	64378	25.10		34.72	6.37
15. Behandlungsmaßnahmen	1315	55.72	3516	6.45	2.76					
16. Erklärung zur Behandlung	651	27.58	(10161) 1583	(18.56) 2.90	(5.46) 2.43				(n=1858) 78.73%	
17. Verhaltensempfehlungen	561	23.77	1453	2.66	2.58					
18. administrative Hinweise	1473	62.42	3741	6.86	2.54	21333	8.32		14.57	5.70
Summe	2360		54525	100.0		256515	100.0			4.70
andere Inhalte, unkodierbare Inhalte			5855	9.71		30851	10.74			
			60380	100.0		287366	100.0			

in die Konsultationsaufzeichnungen erforderlich, wo diese Abhängigkeit ersichtlich wird und zu den status- und rollenmäßigen Bedingungen auch die thematischen Bedingungen diese Abhängigkeit festschreiben. Die Modalitäten berücksichtigen diesen Aspekt; bei ihrer Analyse hat sich ergeben, daß in 61 % der Konsultationsgespräche die Ärzte auf Patientenfragen nicht antworten, dagegen Patienten nur in 3,6 % der Fälle auf Arztfragen keine Antwort geben. Die Führung des Gesprächs liegt also einseitig aufseiten des Arztes.
Obwohl dies nur ein Kriterium zum Nachweis eines Abhängigkeitsverhältnisses ist, verdeutlichtes doch, daß der Arzt nicht nur mengenmäßig das Gespräch dominiert, sondern auch durch die Art und Weise,wie er das Gespräch lenkt. Siehe hierzu auch die ausführliche Darstellung ausgewählter Ergebnisse zu den Modalitäten im Arzt-Patient-Gespräch im Anhang 3.3, S. 32 ff.

Tabelle 3: Verwendungshäufigkeit prognostischer Inhalte im Arzt-Patient-Gespräch

Prognostische Inhalte Häufigkeit	bei Patienten n	%
1	84	66.8
2	24	19.0
3	9	7.0
4	6	4.8
5	1	0.8
6	1	0.8
7	1	0.8
	126	100.0

Tabelle 4: Patientenanteil am Konsultationsgespräch: Summen, Prozentverteilung und Mittelwerte von Inhaltsäußerungen, von Textlängen und von der Anzahl der Gespräche, in denen sie geäußert wurden (N = 2360 Patienten und 60 Ärzte)

			Verwendungshäufigkeit			Textlänge			
Inhaltskategorien	n	n%	Σf	$f\%_{adj.}$	$f_{\bar{x}}$	Σcm	$cm\%_{adj.}$	$cm_{\bar{x}}$	cm/f
1. Begrüßung	208	8.81	312	0.65	1.50	1278	0.73	6.22	4.10
2. Befragung zur Art des Symptoms	3113	89.53	23771	48.21	11.25	84804	48.27	40.19	3.57
3. Einzelheiten zum akuten Symptom									
4. andere Erkrankungen	296	12.54	802	1.62	2.71	3900	2.22	13.30	4.86
5. Information zur Behandlung	1218	51.61	5286	10.72	4.34	24227	13.79	20.00	4.58
6. Daten zur persönl. Situation	1119	47.42	3435	7.17	3.07	11546	6.57	10.36	3.36
7. Erwähnung von Untersuchungen	722	30.59	1552	3.15	2.15	5498	3.13	8.16	3.54
8. Diagnosenennung	895	37.92	2076	4.21	2.32	6931	3.95	8.47	3.34
9. Erklärung zur Diagnose	189	8.01	359	0.73	1.90	1041	0.59	6.39	2.90
10. Nennung der Krankheitsursache									
11. sozio-personale Ursache	891	37.75	3074	6.23	3.45	12219	6.96	14.28	3.97
12. Ernährung und Lebensweise									
13. Prognose	92	3.90	147	0.30	1.60	568	0.32	7.10	3.86
14. Nennung der Behandlung									
15. Behandlungsmaßnahmen	1474	62.46	6338	12.85	4.30	17230	9.81	12.56	2.72
16. Erklärung zur Behandlung									
17. Verhaltensempfehlung									
18. administrative Hinweise	892	37.80	2159	4.38	2.42	7005	3.99	8.33	3.24
Summe	2360		49311	100.0		175679	100.0		3.56
andere Inhalte,unkodierbare Inhalte			5299	9.70		21259	11.92		
Gesamtsumme, nicht adjustiert			54610	100.0		199455	100.0		

Tabelle 5: Vergleich der durchschnittlichen Arzt- und Patientenanteile am Konsultationsgespräch (Gesamtstichprobe N=2360 Patienten und 60 Ärzte)

INHALTSKATEGORIEN	VERWENDUNGSHÄUFIGKEIT ARZT f	ARZT $\bar{x}$	PATIENT f	PATIENT $\bar{x}$	TEXTLÄNGE ARZT cm $\bar{x}$	PATIENT cm $\bar{x}$	VERWENDUNG IN N GESPRÄCHEN DURCH ARZT	PATIENT
1 Begrüßung	1.33		1.50		4.63	6.22	1085	208
2 Befragung zur Art des Symptoms	8.99	(6.06)[1]	11.25		30.39	40.19	2088	2113
3 Einzelheiten zum akuten Symptom		(4.10)						
4 andere Erkrankungen	2.72		2.71		10.61	13.30	222	296
5 Information zur früh. Behandlung	3.62		4.34		15.73	20.00	1018	1218
6 Daten zur persönl. Situation	3.11		3.07		11.99	10.36	1168	1119
7 Erwähnung von Untersuchungen	3.07		2.15		15.52	8.16	1533	722
8 Diagnosenennung	2.79		2.32		19.49	8.47	1239	895
9 Erklärung zur Diagnose	1.89		1.90		12.48	6.39	414	189
10 Nennung der Krankheitsursache	3.77	(2.45)	3.45		18.72	14.28	875	891
11 sozio-personale Ursache		(2.77)						
12 Ernährung und Lebensweise		(3.65)						
13 Prognose	1.60		1.60		9.53	7.10	126	92
14 Nennung der Behandlung	5.46	(2.80)	4.30		34.72	12.56	1858	1474
15 Behandlungsmaßnahmen		(2.67)						
16 Erklärung zur Behandlung		(2.43)						
17 Verhaltensempfehlungen		(2.58)						
18 administrative Hinweise	2.54		2.42		14.57	8.33	1473	892

1) aufgesplittete Werte von 18 Inhaltskategorien

3.4.1.2 Überblick über formale Variablen

Die Betrachtung der inhaltlichen Variablen hat auch immer einen formalen Anteil durch die Textlänge der Inhalte miteingeschlossen. Formale Variablen, die stärker vom Inhalt losgelöst sind, finden sich in Interaktionsdauer, Pausendauer, Sprechdauer, und Pausenhäufigkeit. In Tabelle 8, S. 125, ist die durchschnittliche Verwendung dieser Variablen angegeben. Erstaunlich ist hierbei, daß von den 210 Sekunden, die ein durchschnittliches Arzt-Patient-Gespräch dauert, nur 135 Sekunden für die eigentliche verbale Interaktion übrigbleibt, d.h. 1/3 der Gesamtdauer entfällt auf Pausen. Leitet man aus der Textlänge der Ärzte und Patienten ihren relativen Anteil an der Sprechdauer ab, so ergeben sich durchschnittlich 80 Sekunden für den Arzt und 55 Sekunden für den Patienten. Diese Zeiten lassen eine Analyse der Gespräche nur mit Schwierigkeiten zu und sind mit anderen Gesprächsanalysen (z. B. mit der Interaktionsanalyse von BALES 1950) oder der Interaktionsanalyse von FLANDERS (1970) und TAUSCH & TAUSCH (1963) oder auch mit Arbeiten von GOFFMAN (1970) und LAING et al. (1971)) kaum vergleichbar. Die Kürze der Konsultationen zwingt uns deshalb, die Stichprobe auf Gespräche mit einer bestimmten Mindestinteraktionsdauer zu begrenzen. Gespräche mit einer Interaktionsdauer von 30 Sekunden und weniger wurden demzufolge aussortiert, da diese Zeitspanne nur für das Aushändigen von Rezepten ausreicht, was für unsere Fragestellung ohne praktische Relevanz ist.

Der Verlauf eines Konsultationsgesprächs legt die Vermutung nahe, daß ein Großteil der in ihnen auftretenden Pausen aufgrund von Untersuchungen zustandekommt. Trifft dies zu, müßte die Pausendauer in den Gesprächen mit Erstpatienten signifikant größer sein als in Gesprächen mit Folgepatienten Die hochsignifikante Differenz der Pausendauer zwischen den beiden Gruppen bestätigt diese Annahme. Weitere hochsignifikante Differenzen (s. Tab. 8, S.125) lassen sich zwischen den beiden Patientengruppen bei allen formalen Variablen nachweisen, mit Ausnahme der Pausendauer und -häufigkeit der Patienten.

3.4.2 Der Einfluß der Patienten auf das Konsultationsgespräch

Obwohl die Ärzte in erster Linie die Konsultationsgespräche bestimmen, kann davon ausgegangen werden, daß auch Patienten einen Einfluß auf das Gespräch haben. Er kann direkt durch die verbalen Äußerungen der Patienten - die anderen, nichtverbalen Möglichkeiten haben wir bewußt ausgeklammert - oder indirekt über das perzipierte Fremdrollenschema beim Arzt ausgeübt werden. Den direkten Einfluß halten wir vor dem Hintergrund kultureller Sollverhaltensnormen für geringer als die indirekte Verhaltensmodifikation aufgrund der Wahrnehmung des Gegenübers und seiner Bedürfnisse sowie aufgrund der Beurteilung der Notwendigkeit, der Möglichkeit und der Erfolgswahrscheinlichkeit seiner Informierung.
Da sich eine objektive Erfassung, wie der Arzt seinen jeweiligen Patienten wahrnimmt und beurteilt, während der Sprechstunde nicht durchführen ließ, müssen wir versuchen, induktiv vorzugehen und als vorgegeben ansehen, daß Ärzte ihre Patienten in ihrem unterschiedlichen sozialen Kontext wahrnehmen und beurteilen und mehr oder weniger bewußt ihr Verhalten darauf abstimmen. Dieses induktive Vorgehen erfordert noch eine weitere Annahme: Das Verhalten eines Menschen wird stark von seiner sozialen Umwelt und von seiner Rolle in dieser geprägt. Verhaltensnormen in Beruf, Familie, Alters- und Geschlechtsgruppe etc. beeinflussen Verhalten und Selbstwahrnehmung eines Rollenträgers, aber auch die Wahrnehmung und Verhaltenserwartungen des Gegenübers. So werden ein Mönch eines bestimmten Alters oder eine Bauers - frau oder ein Lehrer auch als solcher in ihrem Verhalten von den Ärzten perzipiert. Wir verwenden deshalb die Informationen, die wir zum Alter, Geschlecht und Beruf, aber auch zur Kenntnis des Krankenhauses und zur Erkrankung des Patienten besitzen unter dem Aspekt der Verhaltensrelevanz zur Stichprobenbestimmung. Am Beispiel des Mönches aufgezeigt, bedeutet dies: Mönchsein ist nicht nur das Tragen eines gelben Gewandes, sondern ist aktuelles Handeln, ist die Widerspiegelung von

Einstellungen und Haltungen, die beim anderen wiederum Handeln, Einstellungen, Beurteilungen, Erwartungen etc. auslösen. Jeder Patient wird also auf diese Weise das Verhalten des Arztes beeinflussen, was zu einer beträchtlichen, individuellen Variation des Informationsverhaltens führen wird.

Für die folgende Darstellung und Diskussion der Ergebnisse gilt jedoch eine Einschränkung. Die 60 Ärzte lassen sich nicht individuell in ihrem Verhalten ihren zuvorgenannten Patientengruppen oder einzelnen Patienten gegenüber analysieren. Wir können die Analyse einzelner Interaktionen nur beispielhaft anführen, müssen uns sonst aber auf Gruppenniveau bewegen und in Kauf nehmen, daß ein Teil der individuellen Variation dabei verloren geht.

3.4.2.1 Kenntnis des Krankenhauses und Konsultationsgespräch

Für den Verlauf der Gespräche, bezogen auf die Art und Menge der angesprochenen Inhalte, scheint neben Statusvariablen und Krankheitsbild der Bekanntheitsgrad des Krankenhauses wichtig zu sein. Die Kenntnis des Krankenhauses ist zweiseitig. Einmal besitzt der Patient eine gewisse Vertrautheit mit dem Krankenhaus, wodurch seine Unsicherheit vermindert wird. Zum anderen bedeutet "Kenntnis" aber auch, daß das Krankenhaus den Patienten kennt, d.h. der Patient begegnet einem Arzt, den er zuvor angetroffen hat und zu dem bereits ein Vertrauensverhältnis besteht, oder er trifft einen anderen Arzt an, der anhand des Krankenblattes bestimmte Informationen über den Patienten besitzt. Ausschlaggebend ist hier die Annahme des Arztes, daß er genügend Vorkenntnisse über den Patienten hat und deshalb bestimmte informationserhebende Schritte im Gespräch nicht mehr zu durchlaufen braucht.

Zur Operationalisierung der Kenntnis des Krankenhauses wurde die Besuchshäufigkeit herangezogen. Wir unterschieden danach zwischen Erst- und Folgepatienten[1] (vergl. Kap. 3.2.3.3, S. 80)

1) Ihre Verteilung nach Alter, Beruf, Geschlecht und Krankenhauszugehörigkeit wird im Anhang 3.4, Tab. A27-A30, S. 44 ff dargestellt.

Unsere Annahme hierzu ist: Der Bekanntheitsgrad der Patienten ist für die Betonung bestimmter Inhalte maßgebend, d.h. ärztliches Informationsverhalten ist bei Erst- und Folgepatienten verschieden; Erstpatienten werden ausführlicher befragt und beraten als Folgepatienten. In Tabelle 3.4.9.1-3 wurden die Ergebnisse unter Berücksichtigung dieser Annahme angeordnet. Als erstes stehen die Mittelwertsvergleiche zwischen Erst- und Folgepatienten. Hier weisen alle jene Variablen signifikante Mittelwertsunterschiede auf, bei denen inhaltlich ein unterschiedliches Vorgehen für die Erst- und Folgepatienten erwartet wird. Dies betrifft besonders die aktuelle Symptombefragung und die Erfragung der vorangegangenen Behandlung. Nicht signifikant unterscheiden sich die Äußerungen zur Erklärung der Diagnose und Untersuchung, zur Prognosenennung und zur Befragung anderer Symptome. Die fehlenden signifikanten Unterschiede bei diesen drei Variablen sind auf ihre seltene Anwendung insgesamt zurückzuführen, in nur 5.3 % aller Gespräche wird eine Prognose geäußert, in nur 9.4 % wird nach anderen Symptomen gefragt als nach den akuten, und in 17.5 % der Gespräche erfolgt eine Erklärung zur Diagnose und Untersuchung. Bei den Inhalten zur Behandlung und Vorbeugung und bei administrativen Ratschlägen treten, im Sinne der Annahme, ebenfalls keine signifikanten Differenzen zwischen Erst- und Folgepatienten auf, denn in diesen inhaltlichen Bereichen kann sich das Verhalten bzw. die Behandlung von Folgepatienten nicht merklich von der Behandlung von Erstpatienten unterscheiden. Das unterschiedliche Verhalten der Ärzte wirkt sich in ihrer größeren Zuwendung gegenüber Erstpatienten aus. Sie sprechen länger mit ihnen und greifen auch mehr Inhalte auf als bei Folgepatienten. Eine Ausnahme findet sich in der Erörterung der früheren Behandlung, die bei Folgepatienten vermehrt aufgegriffen wird. Dementsprechend berichten Folgepatienten über ihre vorausgegangene Behandlung ebenfalls mehr als Erstpatienten (Tab. 7, S. 124).

Tabelle 6 Mittelwerte, Streuungen und Signifikanzprüfung der Mittelwertsdifferenzen von Arztäusserungen bei Patientenstichproben, die durch Besuchshäufigkeit und Geschlecht charakterisiert sind

Arzt-Äusserungen inhaltliche Variablen		Gesamtstichprobe N = 2360 S_G $\bar{x}$	s	reduzierte Stichprobe N = 1864 S_R 1) $\bar{x}$	s	Erstpatienten N = 908 S_E 2) $\bar{x}$	s	Folgepatienten N = 694 S_F 3) $\bar{x}$	s	Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertunterschiede F	p	t	p	Erstpatienten männl. N=410 S_{EM} 4) $\bar{x}$	s	Erstpatienten weibl. N=498 S_{EW} 5) $\bar{x}$	s	Signifikanzprüfung der Varianz- u. Mittelwertsunterschiede F	p	t	p
Begrüssung	f	0.61	0.87	0.65	0.91	0.68	0.95	0.61	0.85	1.26	0.001	1.36	n.s.	0.56	0.86	0.77	1.01	1.38	0.001	3.36	0.001
	cm	2.13	4.40	2.28	4.72	2.46	4.67	2.08	4.87	1.08	n.s.	1.58	0.0	1.92	3.80	2.90	5.25	1.91	0.0	3.27	0.001
Akt.Sympt.-befragung	f	7.96	8.18	8.68	8.54	10.45	8.60	6.42	7.36	1.36	0.0	10.10	0.0	9.92	8.86	10.88	8.36	1.12	n.s.	1.66	n.s.
	cm	26.85	32.79	29.41	34.27	36.61	36.32	20.33	27.16	1.79	0.0	10.27	0.0	34.48	37.25	38.37	35.47	1.10	n.s.	1.61	n.s.
Andere Symptome	f	0.26	1.19	0.29	1.27	0.31	1.20	0.23	0.96	1.57	0.0	1.53	n.s.	0.24	1.10	0.36	1.28	1.35	0.001	1.47	n.s.
	cm	0.97	4.85	1.06	5.10	1.12	4.81	0.76	3.69	1.70	0.0	1.69	n.s.	0.90	4.47	1.29	5.07	1.28	n.s.	1.21	n.s.
Frühere Behandlung	f	1.56	2.81	1.74	2.92	1.57	2.71	2.02	3.21	1.40	0.0	2.97	0.003	1.55	2.65	1.59	2.76	1.08	n.s.	1.16	n.s.
	cm	6.69	13.14	7.46	13.67	6.82	13.06	8.69	14.81	1.29	0.0	2.64	0.008	7.04	13.92	6.63	12.32	1.28	0.009	0.47	n.s.
Persönl. Probleme	f	1.54	2.60	1.69	2.77	2.07	3.10	1.23	2.16	2.07	0.0	6.47	0.0	1.94	3.02	2.18	3.16	1.10	n.s.	1.16	n.s.
	cm	5.90	11.09	6.54	11.92	7.93	13.11	4.70	9.92	1.75	0.0	5.61	0.0	7.38	12.84	8.38	13.33	1.08	n.s.	1.14	n.s.
Untersuchung	f	1.99	2.57	2.14	2.69	2.52	2.85	1.49	2.23	1.64	0.0	8.15	0.0	2.64	3.02	2.43	2.71	1.09	n.s.	1.08	n.s.
	cm	10.06	15.96	10.95	16.93	13.24	18.83	7.05	12.85	2.15	0.0	7.81	0.0	14.21	20.17	12.45	17.63	1.31	0.004	1.38	n.s.
Diagnose	f	1.46	2.27	1.54	2.30	1.72	2.48	1.39	2.05	1.45	0.0	2.98	0.003	1.63	2.46	1.81	2.49	1.03	n.s.	1.08	n.s.
	cm	10.19	21.94	10.80	22.09	12.01	25.25	9.55	17.82	2.01	0.0	2.28	0.022	10.98	20.00	12.85	28.85	2.08	0.0	1.19	n.s.
Erkl.d.Diagnf u.Untersu.	f	0.33	0.96	0.40	1.06	0.37	0.95	0.44	1.22	1.63	0.0	1.21	n.s.	0.37	0.93	0.37	0.97	1.08	n.s.	0.05	n.s.
	cm	2.18	8.11	2.62	8.95	2.43	7.77	2.79	10.36	1.70	0.0	0.77	n.s.	2.36	6.42	2.49	8.73	1.85	0.0	0.26	n.s.
Ursachen-nennung	f	1.40	3.05	1.54	3.22	1.83	3.39	1.26	2.95	1.05	n.s.	0.76	n.s.	1.99	3.73	1.70	3.08	1.47	0.0	1.24	n.s.
	cm	6.88	16.83	7.63	17.80	9.28	19.77	5.92	15.17	1.70	0.0	3.85	0.0	9.8	20.36	8.85	19.28	1.12	n.s.	0.71	n.s.
Prognose	f	0.09	0.44	0.10	0.46	0.09	0.48	0.11	0.49	1.05	n.s.	0.76	n.s.	0.08	0.46	0.10	0.49	1.13	n.s.	0.83	n.s.
	cm	0.51	2.80	0.56	3.04	0.60	3.32	0.54	2.88	1.33	0.0	0.39	n.s.	0.43	2.83	0.74	2.67	1.68	0.0	1.47	n.s.
Behandl. Vorbeuge	f	4.30	5.31	4.56	5.33	4.55	5.37	4.81	5.63	1.10	n.s.	0.96	n.s.	4.39	5.65	4.67	5.13	1.21	0.042	0.78	n.s.
	cm	27.28	42.67	28.79	41.52	30.00	44.16	29.08	40.89	1.17	0.032	0.43	n.s.	28.89	46.79	30.91	41.90	1.25	0.019	0.68	n.s.
Administr. Mat	f	1.58	2.40	1.65	2.38	1.67	2.14	1.47	2.54	1.41	0.0	1.71	n.s.	1.68	2.13	1.66	2.16	1.02	n.s.	0.14	n.s.
	cm	9.04	17.49	9.53	17.40	9.56	15.65	8.2	17.63	1.27	0.001	1.60	n.s.	9.92	15.36	9.26	15.89	1.07	n.s.	0.63	n.s.
Andere Inhalte	f	0.54	1.23	0.56	1.25	0.66	1.36	0.41	1.12	1.49	0.0	4.04	0.0	0.60	1.01	0.72	1.41	1.17	n.s.	1.24	n.s.
	cm	3.79	16.77	3.76	13.48	4.56	12.79	2.91	15.69	1.01	0.0	2.25	0.024	4.00	11.26	5.02	13.81	1.53	0.0	1.22	n.s.

Inhaltliche Variablen		Folgepatienten männl. N=379 S_{Fm} 6) $\bar{x}$	s	Folgepatienten weibl. N=315 S_{Fw} 7) $\bar{x}$	s	Signifikanzprüfung der Varianz- u. Mittelwerts-unterschiede F	p	t	p	Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwerts-unterschiede S_{Em} - S_{Fm} F	p	t	p	S_{Ew} - S_{Fw} F	p	t	p
Begrüssung	f	0.59	0.66	0.65	0.83	1.06	n.s.	0.96	n.s.	1.01	n.s.	0.40	n.s	1.48	0.000	1.87	n.s.
	cm	2.08	5.74	2.08	3.55	2.61	0.0	0.01	n.s.	2.28	0.0	0.46	n.s.	2.18	0.0	2.66	0.008
Akt.Sympt.-befragung	f	6.01	7.91	6.90	6.62	1.43	0.001	1.62	n.s.	1.25	0.026	6.56	0.0	1.60	0.0	7.52	0.0
	cm	18.59	30.05	22.42	23.08	1.69	0.0	1.90	n.s.	1.54	0.0	6.62	0.0	2.36	0.0	7.77	0.0
Andere Symptome	f	0.16	0.91	0.30	1.01	1.23	n.s.	1.93	n.s.	1.46	0.000	1.16	n.s.	1.60	0.0	0.72	n.s.
	cm	0.55	3.63	1.01	3.74	1.06	n.s.	1.64	n.s.	1.51	0.0	1.22	n.s.	1.84	0.0	0.91	n.s.
Frühere Behandlung	f	1.87	2.85	2.20	3.58	1.57	0.0	1.32	n.s.	1.16	n.s.	1.64	n.s.	1.68	0.0	2.58	0.010
	cm	7.82	13.26	9.74	16.44	1.54	0.0	1.68	n.s.	1.10	n.s.	0.81	n.s.	1.78	0.0	2.88	0.004
Persönl. Probleme	f	1.05	1.81	1.42	2.49	1.89	0.0	2.19	0.029	2.77	0.0	5.05	0.0	1.61	0.0	3.80	0.000
	cm	3.82	7.93	5.77	11.80	2.21	0.0	2.50	0.013	2.62	0.0	4.73	0.0	1.28	0.018	2.93	0.004
Untersuchung	f	1.32	2.00	1.69	2.47	1.53	0.0	2.11	0.036	2.29	0.0	3.27	0.0	1.20	n.s.	3.94	0.0
	cm	5.81	11.17	8.56	14.50	1.68	0.0	2.76	0.006	3.26	0.0	7.31	0.0	1.48	0.000	3.43	0.001
Diagnose	f	1.16	1.87	1.60	2.23	1.42	0.001	3.16	0.002	1.73	0.0	3.01	0.003	1.25	0.031	0.86	n.s.
	cm	7.79	17.62	11.36	17.85	1.03	n.s.	2.86	0.004	1.29	0.012	2.38	0.317	7.61	0.0	0.73	n.s.
Erkl.d.Diagn. u.Unters.	f	0.34	1.02	0.56	1.41	1.90	0.0	2.32	0.021	1.20	n.s.	0.44	n.s.	2.11	0.0	2.07	0.039
	cm	2.19	7.86	3.51	12.70	2.61	0.0	1.61	n.s.	1.50	0.0	0.33	n.s.	2.12	0.0	1.26	n.s.
Ursachen-nennung	f	1.30	2.75	1.21	3.17	1.33	0.008	0.40	n.s.	1.84	0.0	2.96	0.003	1.06	n.s.	2.20	0.028
	cm	5.84	13.78	6.00	16.71	1.47	0.000	0.14	n.s.	2.18	0.0	3.21	0.001	1.33	0.006	2.23	0.026
Prognose	f	0.10	0.43	0.12	0.56	1.73	0.0	0.61	n.s.	1.19	n.s.	0.70	n.s.	1.29	0.012	0.50	n.s.
	cm	0.56	3.72	0.52	2.59	1.44	0.001	0.15	n.s.	1.21	n.s.	6.58	n.s.	2.02	0.0	0.99	n.s.
Behandl. Vorbeuge	f	4.32	5.02	5.40	6.25	1.55	0.0	2.46	0.014	1.27	0.019	0.17	n.s.	1.48	0.0	1.72	n.s.
	cm	24.86	35.11	34.16	46.44	1.75	0.0	2.92	0.004	1.77	0.0	1.37	n.s.	1.23	0.041	1.01	n.s.
Administr. Rat	f	1.36	2.21	1.60	2.89	1.71	0.0	1.23	n.s.	1.08	n.s.	2.11	0.035	1.80	0.0	0.33	n.s.
	cm	7.96	17.87	8.49	17.36	1.06	n.s.	0.39	n.s.	1.35	0.03	2.11	n.s	1.19	n.s.	0.65	n.s.
Andere Inhalte	f	0.34	0.87	0.50	1.36	2.43	0.0	1.76	n.s.	2.25	0.0	3.31	0.001	1.08	n.s.	2.16	0.031
	cm	2.11	7.25	3.88	21.88	9.11	0.0	1.36	n.s.	2.41	0.0	2.84	0.005	2.47	0.0	6.82	n.s.

Tabelle 7 Mittelwerte, Streuungen und Signifikanzprüfung der Mittelwertsdifferenzen von Patientenäusserungen bei Stichproben, in denen die Patienten durch Besuchshäufigkeit und Geschlecht charakterisiert sind

Patienten-Äusserungen / Inhaltliche Variablen		Gesamtstichprobe N = 2360 s_G		reduzierte Stichprobe N = 1864 s_R 1)		Erstpatienten N = 908 s_E 2)		Folgepatienten N = 694 s_F 3)		Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertunterschiede				Erstpatienten männl. N=410 s_{EM} 4)		Erstpatienten weibl. N=498 s_{EW} 5)		Signifikanzprüfung der Varianz- u. Mittlwertsunterschiede			
		$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	F	p	t	p	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	F	p	t	p
Begrüssung	f	0.13	0.52	0.15	0.57	0.16	0.61	0.14	0.53	1.34	0.0	0.90	n.s.	0.11	0.42	0.21	0.73	3.09	0.0	2.45	0.015
	cm	0.54	2.56	0.62	2.80	0.66	2.69	0.57	2.87	1.14	n.s.	0.70	n.s.	0.47	1.99	0.82	3.14	2.49	0.0	2.01	0.045
Akt.Sympt.-befragung	f	10.07	9.24	10.98	9.50	12.88	9.66	8.77	8.77	1.21	0.007	8.90	0.0	11.65	9.42	13.89	9.74	1.07	n.s.	3.50	0.000
	cm	35.93	42.13	39.79	44.39	46.71	47.63	32.30	39.73	1.44	0.0	6.60	0.0	40.71	40.58	51.05	52.25	1.66	0.0	3.55	0.000
Andere Symptome	f	0.34	1.36	0.38	1.44	0.40	1.40	0.32	1.22	1.30	0.0	1.31	n.s.	0.32	1.91	0.48	1.54	1.67	0.0	1.78	n.s.
	cm	1.65	7.06	1.83	7.45	2.03	8.31	1.57	6.01	1.87	0.0	1.29	n.s.	1.61	6.95	2.38	9.28	1.78	0.0	1.43	n.s.
Frühere Behandlung	f	2.24	3.75	2.46	3.92	2.25	3.67	2.83	4.26	1.35	0.0	2.85	0.004	2.04	3.41	2.43	3.87	1.29	0.007	1.64	n.s.
	cm	10.26	21.56	11.39	23.00	10.74	21.44	12.62	25.09	1.37	0.0	1.58	n.s.	9.08	16.80	12.11	23.33	1.54	0.0	2.16	0.031
Persönl. Probleme	f	1.46	2.57	1.60	2.73	1.92	3.08	1.19	2.15	2.06	0.0	5.60	0.0	1.74	2.80	2.07	3.29	1.38	0.001	1.65	n.s.
	cm	4.89	13.06	5.30	14.03	6.37	17.47	3.96	8.94	3.82	0.0	3.59	0.0	5.21	9.96	7.33	21.75	4.77	0.0	1.94	n.s.
Untersuchung	f	0.66	1.39	0.70	1.43	0.78	1.53	0.60	1.37	1.25	0.002	2.51	0.012	0.79	1.55	0.78	1.52	1.05	n.s.	0.04	n.s.
	cm	2.31	13.59	2.15	5.45	2.44	6.10	1.90	4.91	1.55	0.0	1.98	0.048	2.12	5.40	2.71	6.62	1.50	0.0	1.48	n.s.
Diagnose	f	0.80	1.73	0.95	1.78	1.09	1.91	0.84	1.61	1.42	0.0	2.79	0.005	0.96	1.73	1.19	2.04	1.39	0.001	1.82	n.s.
	cm	2.90	7.05	3.18	7.52	3.69	7.89	2.65	6.94	1.29	0.0	2.79	0.005	2.79	6.52	4.43	8.80	1.83	0.0	3.23	0.001
Erkl.d.Diagn. u.Unters.	f	0.15	0.69	0.18	0.76	0.14	0.56	0.25	0.99	3.07	0.0	2.62	0.009	0.12	0.42	0.16	0.66	2.50	0.0	1.09	n.s.
	cm	0.43	2.28	0.52	2.53	0.40	1.89	0.76	3.26	3.16	0.0	2.57	0.010	0.33	1.46	0.45	2.18	2.21	0.0	1.03	n.s.
Ursachenerhebung	f	1.30	2.87	1.43	3.05	1.70	3.17	1.17	2.80	1.78	0.001	3.58	0.000	1.82	3.45	1.60	2.93	1.38	0.001	1.00	n.s.
	cm	5.16	15.56	5.67	16.67	7.10	19.33	4.20	12.81	2.28	0.0	3.60	0.000	7.08	15.80	7.11	21.83	1.91	0.0	0.03	n.s.
Prognose	f	0.06	0.38	0.07	0.41	0.05	0.30	0.11	0.55	1.36	0.0	0.49	n.s.	0.03	0.24	0.06	0.34	1.96	0.0	1.57	n.s.
	cm	0.24	1.89	0.28	2.09	0.16	1.05	0.48	3.12	8.79	0.0	2.58	0.010	0.13	0.97	0.19	1.11	1.32	0.004	0.84	n.s.
Behandl. Vorhaben	f	2.69	4.09	2.84	4.06	2.48	3.86	3.49	4.51	1.36	0.0	4.71	0.0	2.50	4.17	2.47	3.60	1.34	0.002	0.10	n.s.
	cm	7.26	14.50	7.67	14.18	5.86	11.94	10.22	16.68	1.95	0.0	5.84	0.0	5.09	10.36	6.49	13.07	1.59	0.0	1.79	n.s.
Administr. Rat	f	0.92	1.93	0.95	1.91	0.97	1.79	0.92	2.07	1.34	0.0	0.49	n.s.	1.01	1.92	0.94	1.67	1.32	0.003	0.58	n.s.
	cm	2.94	8.42	3.05	7.88	3.14	7.57	3.06	8.76	1.34	0.0	0.19	n.s.	3.52	8.45	2.84	6.76	1.56	0.0	1.33	n.s.
Andere Inhalte	f	0.31	0.88	0.30	0.86	0.33	0.97	0.25	0.65	2.27	0.0	1.98	0.048	0.28	0.84	0.37	1.07	1.59	0.0	1.33	n.s.
	cm	1.04	4.64	0.94	3.96	1.08	4.88	0.74	2.68	3.31	0.0	1.74	n.s.	0.73	2.94	1.36	6.02	4.18	0.0	2.04	0.042

Inhaltliche Variablen		Folgepatienten männl. N=379 6) S_{FM} $\bar{x}$	s	Folgepatienten wibl. N=315 7) S_{FW} $\bar{x}$	s	Signifikanzprüfung der Varianz- u. Mittelwertsunterschiede F	p	t	p	Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede S_{CM} - S_{FM} F	p	t	p	S_{CW} - S_{FW} F	p	t	p
Einleitung	f	1.24	0.53	0.16	0.53	1.00	n.s.	0.78	n.s.	1.61	0.0	0.35	n.s.	1.92	0.0	1.16	n.s.
	cm	0.53	2.73	0.61	3.03	1.23	n.s.	0.37	n.s.	1.89	0.0	0.32	n.s.	1.08	n.s.	0.93	n.s.
Akt.Sympt.-	f	7.94	9.04	9.77	8.33	1.18	n.s.	2.75	0.006	1.09	n.s.	5.64	0.0	1.37	0.002	6.43	0.0
Verfrgung	cm	28.45	37.03	36.94	42.34	1.31	0.013	2.78	0.006	1.20	n.s.	4.42	0.0	1.52	0.0	4.40	0.0
Andere	f	0.24	1.17	0.42	1.29	1.21	n.s.	1.94	n.s.	1.04	n.s.	0.95	n.s.	1.44	0.001	0.60	n.s.
Symptome	cm	1.19	5.51	2.01	6.68	1.47	0.000	1.74	n.s.	1.59	0.0	0.93	n.s.	1.93	0.0	0.65	n.s.
Frühere	f	2.59	3.42	3.12	5.08	2.20	0.0	1.58	n.s.	1.01	n.s.	2.28	0.023	1.72	0.0	2.05	0.041
Behandlung	cm	10.86	18.70	14.74	30.99	2.75	0.0	1.95	n.s.	1.01	n.s.	1.33	n.s.	1.76	0.0	1.79	n.s.
Verwahl.-	f	1.01	1.74	1.40	2.54	2.12	0.0	2.27	0.023	2.59	0.0	4.39	0.0	1.68	0.0	3.28	0.001
Probleme	cm	2.99	6.48	5.12	11.11	2.94	0.0	3.00	0.003	2.36	0.0	3.74	0.000	3.84	0.0	1.90	n.s.
Unterau-	f	0.50	1.28	0.72	1.46	1.31	0.013	2.08	0.038	1.47	0.000	2.81	0.005	1.07	n.s.	0.56	n.s.
chung	cm	1.59	4.85	2.27	4.96	1.05	n.s.	1.81	n.s.	1.24	0.035	1.44	n.s.	1.78	0.0	1.08	n.s.
Diagnose	f	0.74	1.60	0.97	1.61	1.02	n.s.	1.87	n.s.	1.18	n.s.	1.89	n.s.	1.60	0.0	1.73	n.s.
	cm	1.95	6.20	3.50	7.67	1.53	0.0	2.90	0.004	1.10	n.s.	1.86	n.s.	1.32	0.007	1.59	n.s.
Erw1.d.Diagnf		0.16	0.73	0.36	1.22	8.75	0.0	2.53	0.012	3.09	0.0	0.97	n.s.	3.40	0.0	2.68	0.008
d.Unters.	cm	0.44	2.55	1.15	4.10	2.58	0.0	2.68	0.008	3.03	0.0	6.74	n.s.	3.55	0.0	2.78	0.006
Forschan-	f	1.16	2.39	1.18	3.23	1.83	0.0	0.10	n.s.	2.08	0.0	3.16	0.002	1.22	n.s.	1.94	n.s.
ordnung	cm	3.89	9.13	4.58	16.16	3.13	0.0	0.67	n.s.	2.99	0.0	3.50	0.000	1.82	0.0	1.90	n.s.
Prognose	f	0.10	0.44	0.12	0.67	2.32	0.0	0.47	n.s.	3.32	0.0	2.61	0.009	3.94	0.0	1.39	n.s.
	cm	0.39	2.08	0.58	4.03	3.76	0.0	0.74	n.s.	4.59	0.0	2.27	0.023	13.08	0.0	1.69	n.s.
Behandl.	f	3.19	4.17	3.85	4.87	1.36	0.004	1.89	n.s.	1.00	n.s.	2.34	0.26	1.83	0.0	4.33	0.0
anordnung	cm	9.74	16.75	10.79	16.61	1.03	n.s.	0.83	n.s.	2.61	0.0	4.64	0.0	1.61	0.0	3.90	0.000
Administr.	f	0.80	1.74	1.07	2.41	1.92	0.0	1.68	n.s.	1.22	n.s.	1.61	n.s.	2.07	0.0	0.85	n.s.
Rat	cm	2.46	6.97	3.78	10.49	2.27	0.0	1.91	n.s.	1.47	0.000	1.92	n.s.	2.41	0.0	1.43	n.s.
Andere	f	0.21	0.61	0.30	0.68	1.24	0.044	1.70	n.s.	1.91	0.0	1.38	n.s.	2.45	0.0	1.18	n.s.
Inhalte	cm	0.70	2.80	0.80	2.54	1.21	n.s.	0.48	n.s.	1.11	n.s.	0.17	n.s.	5.60	0.0	1.84	n.s.

Tabelle 8: Mittelwerte, Streuungen und Signifikanzprüfung der Mittelwertsdifferenzen von formalen Variablen bei Stichproben, in

formale Variablen	Gesamtstichprobe N = 2360 (2355) S_G		reduzierte Stichprobe N = 1864 S_R 1)		Erstpatienten N = 908 S_E 2)		Folgepatienten N = 694 S_F 3)		Signifikanzprüfung der Varianz- u. Mittelwertsunterschiede				Erstpatienten männl. N=410 S_{EM} 4)		Erstpatienten weibl. N=498 S_{EW} 5)		Signifikanzprüfung der Varianz- u. Mittelwertsunterschiede			
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	F	p	t	p	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	F	p	t	p
Interaktionsdauer	210.18	156.17	225.92	162.08	247.51	166.27	192.71	141.67	1.38	0.00	7.11	0.00	238.68	162.15	254.78	169.41	1.09	n.s.	1.45	n.s.
Pausendauer Ärzte	61.35	77.04	66.32	82.39	77.56	83.51	46.36	58.24	2.06	0.00	8.80	0.00	82.36	84.43	73.61	82.62	1.04	n.s.	1.57	n.s.
Pausendauer Patienten	13.95	24.31	15.17	25.84	15.54	26.10	15.40	26.06	1.00	n.s.	0.11	n.s.	14.82	26.19	16.14	26.04	1.01	n.s.	0.76	n.s.
Sprechdauer	134.88	124.02	144.44	129.86	154.40	132.17	130.95	119.25	1.23	0.004	3.72	0.00	141.50	118.67	165.03	141.57	1.42	0.00	2.22	0.007
Textlänge Ärzte	121.87	125.05	131.14	126.09	146.35	132.99	111.45	113.81	1.37	0.00	5.65	0.00	141.94	139.87	149.98	127.08	1.21	0.04	0.90	n.s.
Textlänge Patienten	84.14	91.70	91.60	96.64	99.57	103.69	84.20	88.19	1.38	0.0	3.20	0.001	86.62	81.67	110.22	117.83	2.08	0.00	3.55	0.00
Pausenhäufigkeit Ä	3.92	3.18	4.12	3.26	4.68	3.46	3.41	2.74	1.60	0.00	8.18	0.00	4.83	3.53	4.54	3.40	1.08	n.s.	1.24	n.s.
Pausenhäufigkeit P	1.93	1.89	1.52	1.97	1.55	2.11	1.57	1.84	1.31	0.00	0.16	n.s.	1.47	2.01	1.62	2.18	1.17	n.s.	1.02	n.s.
Units Ärzte	20.53	15.99	22.10	16.57	24.52	16.94	19.31	16.63	1.17	0.03	6.38	0.00	23.45	17.01	25.41	16.84	1.02	n.s.	1.74	n.s.
Units Patienten	17.72	15.01	19.06	15.49	20.80	15.80	17.40	15.02	1.11	n.s.	4.35	0.0	19.48	15.13	21.88	16.26	1.15	n.s.	2.29	n.s.
Patientenalter	34.25	19.38*)	39.28	15.45	37.42	15.97	41.88	16.85	1.11	n.s.	5.40	0.00	37.89	16.56	36.96	15.48	1.15	n.s.	0.95	n.s.

*)N=2248

1),2),3)

S_G = Gesamtstichprobe mit 2360 Ptn aber nur 2355 Konsultationsgesprächen mit Ärzten (n=5 mit KH-Personal)

S_R = Stichprobe mit N= 1864 Ptn, ≥ 16 Jahre und einer Interaktionsdauer ≥ 31 Sekunden

S_E , S_F = Stichprobe S_R aufgeteilt nach Erst- und Folgepatienten (N = 1602, da N= 262 keine Information zur Besuchshäufigkeit)

4),5),6),7)

S_{EM} , S_{EW} = Stichprobe der Erstpatienten S_E aufgeteilt nc

S_{FM} , S_{FW} = Stichprobe der Folgepatienten S_F aufgeteilt n

Tabelle 8 - Fortsetzung -

Folgepatienten männl. N=379 6)		Folgepatienten weibl. N=315 7)		Signifikanzprüfung der Varianz- u. Mittelwertsunterschiede				Signifikanzprüfung der Varianz- u. Mittelwertsunterschiede							
S_{FM}		S_{FW}						$S_{EM} - S_{FM}$				$S_{EW} - S_{FW}$			
$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	F	p	t	p	F	p	t	p	F	p	t	p
176.92	130.18	211.72	152.43	1.37	0.003	3.20	0.001	1.55	0.0	5.92	0.0	1.24	0.041	3.76	0.00
45.93	58.70	46.86	57.76	1.03	n.s.	0.21	n.s.	2.07	0.0	7.08	0.0	2.05	0.0	5.43	0.0
13.85	22.81	17.25	29.42	1.66	0.00	1.67	n.s.	1.32	0.006	0.55	n.s.	1.28	0.015	0.55	n.s.
117.12	107.65	147.61	130.09	1.46	0.00	3.32	0.001	1.22	0.054	3.03	0.003	1.18	n.s.	1.76	n.s.
97.79	105.53	127.89	121.14	1.32	0.01	3.45	0.001	1.76	0.0	5.03	0.0	1.10	n.s.	2.46	0.014
73.56	79.45	96.99	96.26	1.47	0.00	3.45	0.001	1.06	n.s.	2.27	0.02	1.50	0.00	1.75	n.s.
3.36	2.66	3.47	2.83	1.13	n.s.	0.52	n.s.	1.76	0.0	6.65	0.0	1.45	0.00	4.89	0.0
1.50	1.82	1.65	1.86	1.04	n.s.	1.04	n.s.	1.22	0.051	0.21	n.s.	1.38	0.002	0.22	n.s.
17.61	14.89	21.35	16.26	1.19	n.s.	3.16	0.002	2.07	0.0	7.08	0.0	1.07	n.s.	3.39	0.001
15.80	14.80	19.33	15.07	1.04	n.s.	3.10	0.002	1.04	n.s.	3.44	0.001	1.16	n.s.	2.24	0.025
43.22	17.10	40.26	15.73	1.26	0.04	2.34	0.02	1.13	n.s.	4.31	0.0	1.03	n.s	2.94	0.003

h Geschlecht der Patienten

ch Geschlecht der Patienten

In einem weiteren Punkt wichen Folgepatienten ebenfalls positiv von der Äußerungsmenge der Erstpatienten ab, obwohl hier die Ärzte keinen Unterschied machen. Es handelt sich hierbei um den Problembereich "Behandlung und Vorbeugung", zu dem Folgepatienten vermehrt Äußerungen produzieren. Die Ursache für die erhöhte verbale Aktivität liegt vermutlich in ihrem Bestreben zu versuchen, eine von ihnen gewünschte Verschreibung zu erhalten. Der Unterschied zu den Erstpatienten könnte aber auch auf deren Unsicherheit zurückzuführen sein, die sich in verminderter verbaler Produktion bemerkbar macht.

Neben der unterschiedlichen Betonung der Inhalte, auf die wir in Zusammenhang mit den Phasen noch einmal eingehen werden, findet die unterschiedliche Beurteilung von Erst- und Folgepatienten ihren Niederschlag auch in der Interaktionsdauer und den anderen formalen Variablen [1].

Der signifikante Unterschied in der Interaktionsdauer reflektiert sich auch in der Textlänge der Ärzte. Bei Erstpatienten sprechen Ärzte länger als bei Folgepatienten; in cm Textlänge angegeben macht die Differenz durchschnittlich 35 cm aus. Sie ist primär erklärbar durch eine ausführlichere Befragung der Symptome zu diagnostischen Zwecken und sekundär durch eine ausführlichere Erklärung der Behandlungsmaßnahmen bei Erstpatienten.

---

1) Die Übersicht über die formalen Variablen im Zusammenhang mit dem Bekanntheitsgrade wurde bereits in Kapitel 3.4.1.2 gegeben.

Im Gespräch mit ihren Patienten differenzieren die Ärzte zwischen denen, die seit längerem zum ersten Mal wieder in die Sprechstunde kommen und jenen, die zum wiederholten Male kommen. Besonders deutlich wird dies bei der Pausendauer, die bei Erstpatienten signifikant länger ist als bei Folgepatienten. Ursache hierfür sind Untersuchungen, z. B. Pulsmessungen, Abhören der Herztöne und der Lunge, während denen sich die Ärzte kaum äußern können und die sich vornehmlich auf die Erstpatienten im Rahmen der Symptomklärung konzentrieren. Folgepatienten hingegen sind häufig nur mit wenig mehr als neuen Medizinverschreibungen zu versorgen.

Die Betrachtung der Ergebnisse über das Verhalten von Ärzten zu Erst- und Folgepatienten bringt keine wesentlichen neuen Erkenntnisse. Die Ergebnisse entsprechen vielmehr allgemeinen Erwartungen bezüglich Dauer und Häufigkeit der unterschiedlichen Inhalte. Konsultationen mit Folgepatienten dauern weniger lang, weisen weniger Text auf und in ihnen werden Inhalte seltener aufgegriffen, mit Ausnahme der Befragung nach früherer Behandlung. Eine weitere Ausnahme, und damit von der Annahme abweichend, bilden die Behandlungsanweisungen. Sie sind für Erst- und Folgepatienten gleich. Entgegen der Auffassung, daß gerade Erstpatienten diese Hinweise ausführlicher benötigen, entsteht bei Betrachtung der Durchschnittsangaben der gegenteilige Eindruck; sie zeigen eine Gleichverteilung für beide Gruppen (s.auch Tab. 6, S. 123).

Einschränkend zu den genannten Ergebnissen muß beachtet werden, daß die Bildung von Durchschnittswerten das möglicherweise differenzierte Verhalten der Ärzte im diagnostisch-therapeutischen Entscheidungsprozess bei einzelnen Patienten verschleiert. Die Realität ist vielmehr, daß zu vielen Inhalten von den Ärzten keine Aussagen gemacht werden (vergl. Tab. 2-5, S.116ff),zu anderen hingegen detailliertere.

3.4.2.2 Variablen der Konsultationsgespräche unter Berücksichtigung des Geschlechts der Patienten

Eine der zugeschriebenen Statusvariablen ist das Geschlecht der Patienten[1]. Anders als das Alter trägt das Geschlecht im Bezugsrahmen der thailändischen Kultur kaum zur Bildung von Prestige oder Autorität bei. Wir stellen daher die Auswirkung des Geschlechts auf ärztliche Äußerungen infrage und erwarten vonseiten der Ärzte keine Unterschiede im Äußerungsverhalten bei männlichen und weiblichen Patienten, obwohl wir in der Voruntersuchung beobachten konnten, daß einige Ärzte länger mit weiblichen Patienten sprachen, weil sie diese über Geburtenkontrolle aufklären wollten. Hier lag jedoch ein ganz spezifisches Interessse beim Arzt vor, das in der Hauptuntersuchung bei keinem der Ärzte zum Ausdruck kam.

Da signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Erst- und Folgepatienten auftraten, werden wir die Interaktion der Ärzte mit ihren Patienten unter Brücksichtigung dieses Aspekts betrachten. So treten in Gesprächen der Ärzte mit Erstpatienten keine signifikanten Mittelwertsdifferenzen zwischen männlichen und weiblichen Patienten auf; in Gesprächen mit Folgepatienten finden sich dagegen einige Variablen, die Signifikanzen aufweisen. Der bedeutendste Unterschied bei den Ärzten findet sich in ihren Gesprächen mit weiblichen Folgepatienten, mit denen im Durchschnitt 9.3 cm Text mehr gesprochen wird als mit männlichen Folgepatienten, und zwar im Bereich der Behandlung und Vorbeuge. Eine solche Differenz findet sich nur noch wieder bei der Beantwortung von Symptomfragen durch Erstpatienten, bei denen die weiblichen Patienten durchschnittlich 11 cm Text mehr aufweisen als die männlichen (Tabelle 7, S. 126).

Bei Überprüfung der Tabelle 7, S. 126 f können wir die generelle Tendenz weiblicher Patienten zu größerer Äußerungsfreudigkeit feststellen, und dies sowohl bei Erst- als auch bei Folgepatienten, was sich auf der Arztseite nur bei Folgepatienten widerspiegelt (vgl. Tab. 9 und 10, mE vs. wE, mF vs. wF).

---

1) Zur Stichprobe vgl. Tabellen im Anhangsteil zu Kap. 3.4.

Tabelle 9: Mittelwertsverteilung formaler Variablen bei ausgewählten Stichproben (Erst- und Folgepatienten, männlich - weiblich)

FORMALE VARIABLEN	STICHPROBEN TOTAL N=2360	m+w, E+F N=1602	E N=908	F N=694	m E N=410	w E N=498	m F N=379	w F N=315
Textlänge Ärzte	121.87	131.23	146.25	111.45	141.94	149.98	97.79	127.89
Textlänge Patienten	84.14	92.91	99.57	84.20	86.62	108.21	73.56	96.99
Pausendauer Ärzte	61.35	64.04	77.56	46.36	82.36	73.61	45.95	46.86
Pausendauer Patienten	13.95	15.48	15.54	15.40	14.82	16.14	13.85	17.25
Gesamt-Interaktionsdauer	210.18	223.77	247.51	192.91	238.68	154.78	176.92	211.72
"reine Sprechzeit Arzt-Patient"	134.88	144.25	154.41	131.15	241.50	165.03	117.12	147.61
"Sprechzeit Ärzte"	79.79	84.46	91.89	74.71	87.87	95.86	66.84	84.07
"Sprechzeit Patienten"	55.09	59.79	62.52	56.44	53.63	69.17	50.28	63.54

Tabelle 10: Prüfung der Mittelwertsdifferenzen zwischen ausgewählten Stichproben

FORMALE VARIABLEN	PATIENTENSTICHPROBEN E-F m+w	E-F m	E-F w	E m-w	F m-w
Textlänge der Ärzte	**	**	**		**
Textlänge der Patienten	*	*		**	**
Pausendauer der Ärzte	**	**	**		
Pausendauer der Patienten					
Gesamt Interaktionsdauer	**	**	**		**

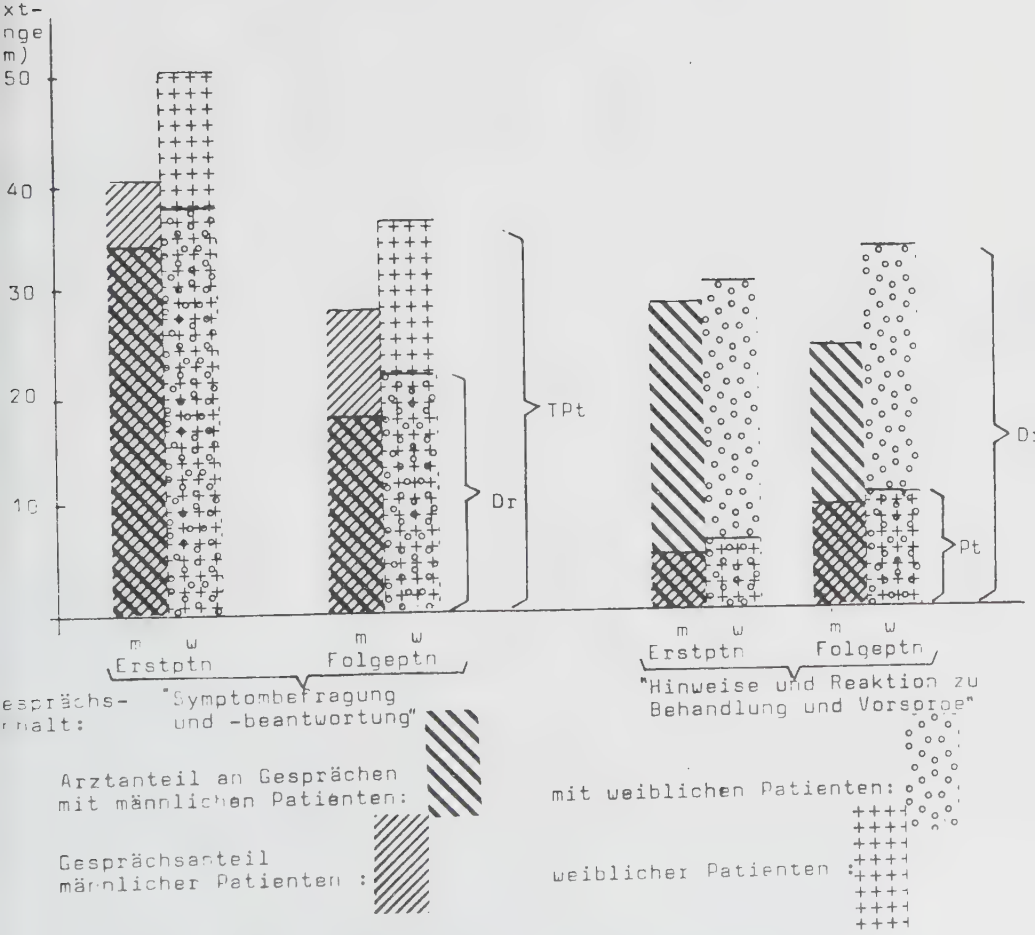
Signifikanzprüfung mit t-Test: * signifikant auf 5 %-Niveau
** signifikant auf 1 %-Niveau

m = männlich; w = weiblich
E = Erstpatienten, F = Folgepatienten

Die Gesprächsanteile von Patienten, ausgedrückt in Textlänge, weisen einige Unterschiede zu denen der Ärzte auf (s.Diagr.1). Während die Ärzte männliche und weibliche Erstpatienten etwa gleich lange befragt bzw. beraten haben, unterscheiden sich die Gesprächsanteile der männlichen Erstpatienten von denen der weiblichen signifikant. Weibliche Erstpatienten berichten ausführlicher. Auch die weiblichen Folgepatienten sind signifikant gesprächsfreudiger als die männlichen. Während aber die Mittelwertsunterschiede der männlichen Patienten signifikant sind sie dies bei weiblichen Patienten nicht.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß sich Ärzte gegenüber männlichen und weiblichen Erstpatienten nicht signifikant verschieden in ihrer Äußerungsmenge und in der Häufigkeit, mit der sie bestimmte Inhalte ansprechen, verhalten. Dennoch unterscheiden sich diese Patienten im Ausmaß der Symptombeschreibung. Im Gegensatz zu dieser Gruppe weist die durchschnittliche Äußerungsmenge der Ärzte bei Folgepatienten bezüglich vier Inhaltskategorien signifikante Unterschiede auf. Die Folgepatienten reagieren hierauf entsprechend: sie unterscheiden sich ebenfalls in diesen Inhaltskategorien jedoch mit Ausnahme der Behandlungshinweise und unter Einschluß der Beantwortung der Symptombefragung.

Diagramm 1: Durchschnittliche Verteilung der Textlänge ausgewählter Inhalte für Patienten unterschiedlicher Kenntnis des Krankenhauses und unterschiedlichen Geschlechts und für Ärzte



3.4.2.3 Der Einfluß des Patientenalters auf die Konsultationsgespräche

Alter war in der traditionellen thailändischen Gesellschaft als Ausdruck der Erfahrung eine der Statusvariablen, die den Rang in der sozialen Statushierarchie mitbestimmte. Wir haben den Werdegang und die Stellung des Arztes beschrieben und daraus abgeleitet, daß er aufgrund seiner modernen Ausbildung nur noch bedingt die traditionellen Normen akzeptieren wird. Sein Training auf klares sachlogisches Denken hin wird im Konsultationsgespräch wenig Spielraum für die Expression altersrelevanter Verhaltensweisen lassen. Wenn überhaupt, dann werden sich diese Verhaltensvariablen in Anredeformen und Partikeln - die in dieser Arbeit jedoch nicht aufgegriffen werden - bemerkbar machen, nicht aber in der Äußerungsmenge und der Verteilung der Äußerungen auf verschiedene Inhalte hin. Wir würden demgemäß keine signifikanten Hinweise aufgrund des Materials der Inhaltsanalyse, wie wir es verwenden, erwarten.

Die Patienten wurden nach ihrem Alter sechs Gruppen zugeteilt und die Altersgruppen bezüglich der inhaltlichen und formalen Variablen mit einem multiplen T-Test von SCHEFFE[1)] überprüft. Die Äußerungen der Ärzte zu den verschiedenen Variablen zeigten zwar eine leichte Tendenz, Patienten zwischen 40 und 50 Jahren vermehrt zu befragen oder zu informieren, eine signifikante Differenz ergab sich jedoch nur in der Textlänge zur Erklärung von Diagnose und Untersuchungen. Hier erhielten diese Patienten signifikant mehr Informationen als die Patienten, die jünger waren als 40 Jahre. Lediglich bei der Interaktionsdauer fanden wir eine signifikante Differenz zwischen den Patienten der

---

1) Der SCHEFFE-Test beruht auf der Konstruktion von Konfidenzintervallen, wobei die Stichproben nicht gleichen Umfang zu besitzen brauchen. Es können alle möglichen Kontraste in Betracht gezogen werden. Der SCHEFFE-Test berücksichtigt nicht nur paarweise Vergleiche, wodurch er komplexe Kontraste schärfer als die vergleichbaren Verfahren von TUKEY, DUNCAN, NEWMAN-KEULS oder STUDENT's t-Test prüft (NIE et al., 1975; WEBER, 1972).

Tabelle 11: Prüfung der Mittelwertsdifferenzen der [illegible] Variablen der Konsultationsgespräche nach Altersgruppierung der Patienten

Variablen		ALTERSGRUPPEN DER PATIENTEN 1: 16-20 J.	2: 21-30 J.	3: 31-40 J.	4: 41-50 J.	5: 51-60 J.	6: > 60 J.	GESAMT	Sign. t-Werte* zw. Gruppe:
Alter	$\bar{x}$	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
	s	[illegible]	2.92	2.75	2.92	[illegible]	[illegible]	16.45	
Interaktionsdauer	$\bar{x}$	[illegible]	[illegible]	228.88	[illegible]	202.78	224.21	219.95	2-4
	s	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	158.76	159.27	
Sprechdauer	$\bar{x}$	135.78	123.92	[illegible]	164.66	[illegible]	[illegible]	[illegible]	2-4
	s	135.39	[illegible]	127.48	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
Erklärung zur Diagnose und Untersuchung %, Ärzte	$\bar{x}$	0.31	0.28	0.33	0.55	0.41	0.45	0.39	1-4; 2-4
	s	0.80	0.73	0.94	1.41	1.50	1.45	1.17	3-4
Satzlänge Patienten	$\bar{x}$	66.81	75.57	95.53	104.82	110.60	[illegible]	91.42	1-4; 2-4
	s	83.88	82.29	96.73	95.15	112.41	114.02	97.24	1-5; 2-5; 1-6; 2-6
Pausenhäufigkeit Patienten	$\bar{x}$	0.98	1.12	1.56	1.90	1.84	2.14	1.53	1-4; 2-4
	s	1.34	1.59	1.82	2.26	2.21	2.46	1.98	1-5; 2-5; 1-6; 2-6
Pausendauer Patienten	$\bar{x}$	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	15.08	20.93	[illegible]	1-6
	s	22.05	18.46	28.05	33.90	20.89	33.29	26.39	2-4; 2-6
[illegible] Patienten	$\bar{x}$	17.13	[illegible]	19.97	20.80	20.21	20.41	19.02	2-4
	s	17.39	12.15	15.83	17.09	15.84	[illegible]	15.56	
Beschreibung der früheren Behandlung durch Patienten %	$\bar{x}$	1.87	1.87	2.86	2.92	3.01	2.90	2.46	2-4; 2-5
	s	3.19	3.00	3.91	5.06	4.19	4.01	3.92	
sec	$\bar{x}$	6.47	6.26	10.88	14.56	16.45	13.39	11.05	1-4; 1-5
	s	11.61	15.05	20.26	31.14	30.57	24.54	22.34	2-4; 2-5
Patienten-Äusserungen zur Untersuchung %	$\bar{x}$	0.63	0.50	0.64	0.91	0.66	0.87	0.69	2-4
	s	1.47	[illegible]	1.32	1.36	1.39	[illegible]	1.45	
Patienten-Äusserungen zur Erklärung von Diagnose u. Untersuchung %	$\bar{x}$	0.13	0.09	0.15	0.33	0.26	0.19	0.18	2-4
	s	0.54	0.43	0.85	0.92	1.00	0.86	[illegible]	
Aktuelle Symptombeschreibung durch Patienten %	$\bar{x}$	29.34	[illegible]	[illegible]	45.30	44.52	[illegible]	[illegible]	1-4
	s	36.74	41.45	[illegible]	[illegible]	47.31	53.69	44.18	
Patienten-Äusserungen z. Behandlungsanweisungen und [illegible] %	$\bar{x}$	2.24	[illegible]	2.64	3.46	3.50	3.30	2.88	1-6; 2-4
	s	4.20	[illegible]	3.80	5.11	4.02	4.98	4.15	2-5; 2-6
sec	$\bar{x}$	[illegible]	5.50	6.75	9.17	10.70	11.12	7.66	1-5; 1-6
	s	14.15	10.55	11.46	14.74	16.09	19.36	14.25	2-5; 2-6

*) multipler t-Test nach SCHEFFE bei signifikantem F-Test

Altersgruppe 21 - 30 Jahre und der Altersgruppe 41 - 50 Jahre. Da in die Interaktionsdauer auch der Gesprächsanteil der Patienten miteingeht, vermuten wir, daß die signifikante Differenz hier auf den Einfluß der Patienten zurückzuführen ist.

Patienten in der Altersgruppe unter 40 Jahren interagieren z.T. signifikant kürzer mit den Ärzten als Patienten der Altersgruppe über 41 Jahren. Signifikante Differenzen treten bei der Beantwortung von Symptomfragen, von Fragen zur früheren Behandlung und bei Behandlungshinweisen wie auch bei den formalen Variablen Sprechdauer, Textlänge und Pausendauer auf. Die Mittelwerte und Ergebnisse der Signifikanzprüfung werden in Tabelle 11, S.137, wiedergegeben.

Die Berücksichtigung des Patientenalters als Einflußgröße auf die Konsultationsgespräche zeigt, daß sich das Patientenverhalten deutlich von dem der Ärzte unterscheidet. Die Ursache hierfür vermuten wir in der geringen verhaltensauslösenden Bedeutung des Patientenalters für die Ärzte, für die die Symptomatik und der Bekanntheitsgrad des Patienten vergleichsweise größere Relevanz hat. Auf Seiten der Patienten dagegen scheint die Altersvariable deutliche Effekte zu haben: ältere Patienten scheinen weniger gehemmt zu sein, sich dem Arzt gegenüber zu äußern oder bei ihm Fragen zu stellen als jüngere Patienten. Eine weitere Erklärungsmöglichkeit kann auch in der Korrelation des Alters mit bestimmten Symptomen liegen. Hierzu wurde geprüft, ob beispielsweise psychogene Erkrankungen in der Altersgruppe über 41 Jahren häufiger auftreten als in der Altersgruppe unter 40 Jahren und ob in dieser stattdessen mehr rein organisch bedingte Erkrankungen zu finden sind.
Wir haben keine signifikanten Differenzen gefunden. Die zufällig auftretenden Abweichungen, im besonderen Maße bei den psychogenen Erkrankungen, deuten in die unserer Annahme entgegengesetzte Richtung: In unserer Stichprobe weisen mehr junge Patienten psychogene Erkrankungen auf als ältere. Nur vegetative Störungen und organische Nervenleiden sind bei älteren Patienten häufiger zu finden als erwartet, aber auch hier ist die Differenz nicht signifikant sondern eher zufällig (vergl.Tab. 12, S. 139).

Tabelle 12 Altersverteilung nach Symptomen

ALTERSGRUPPEN PATIENTEN	SYMPTOMGRUPPEN S 1	S 2	S 3	S 4	Summe	TOTAL N	%
16 - 20 J	31	101	5	22	160	160	11.9
21 - 30 J	48	203	22	57	330	330	27.0
31 - 40 J	30	141	22	46	239	352	18.5
41 - 50 J	35	137	19	24	215	322	16.9
51 - 60 J	19	81	17	21	138	233	12.2
61 J. u. älter	18	103	18	17	156	256	13.5
TOTAL	181	7766	104	187	1238	1903	
unter 16 J.	47	173	6	13	239	347	
ohne Information						110	
						2360	

S1 = Allgemeinbefinden
S2 = Organische Störungen
S3 = Nervenleiden
S4 = Psychogene Syndrome

Tabelle 13a Altersverteilung nach Symptomen von Erst- und Folgepatienten (Gesprächsdauer ≥ 31 Sek.)

	ALTERSGRUPPEN	S1 Allg.-Befinden		S2 Organ.Störungen		S3 Nervenleiden		S4 Psychogene S.		TOTAL N	%	
ERST- + FOLGEPTN.	16-20 J	31		95		6		22		154	12.8	
	21-30 J	47		200		22		57		326	27.0	
	31-40 J	28		137		21		44		230	19.1	χ^2=2
	41-50 J	34		132		18		24		210	17.4	n.s
	51-60 J	19		80		17		21		137	11.4	
	≥ 61 J	18		98		18		17		149	12.4	
		177	14.7 %	742	61.5 %	102	8.5 %	185	15.3 %	1206	100.0	100.0
ERSTPATIENTEN	16-20 J	19		61		1		15		96	12.5	
	21-30 J	40		126		15		43		224	29.3	
	31-40 J	19		87		18		30		154	20.1	χ^2=2
	41-50 J	22		84		9		14		129	16.9	p ≤
	51-60 J	10		51		10		13		84	11.0	
	≥ 61 J	13		43		12		10		78	10.2	
		123	16.1 %	452	59.1 %	65	8.5 %	125	11.0 %	765	100.0	100.0
FOLGEPATIENTEN	16-20 J	12		34		5		7		58	13.1	
	21-30 J	7		74		7		12		102	23.1	
	31-40 J	9		50		4		14		77	17.4	χ^2=1
	41-50 J	12		48		9		10		79	17.9	n.s
	51-60 J	9		29		7		8		53	12.0	
	≥ 61 J	5		55		6		7		73	16.5	
		54	12.2 %	290	65.6 %	38	8.6 %	60	13.6 %	442	100.0	100.0

Tabelle 13b Prüfung der Altersverteilung bei Patienten der Symptomgruppe 4 (Psychogene Syndrome) und 3 (Nervenleiden)

	ALTERSVERTEILUNG 16-20 J	21-30 J	31-40 J	41-50 J	51-60 J	- 61 J	SUMME
PSYCHOGENE SYNDROME (S4) bei N = 185 Patienten							
erwartete Verteilung	22	50	34	31	23	25	185
erhaltene Verteilung	22	57	44	24	21	17	185
							χ^2 = 4.24, n.s.
NERVENLEIDEN (S3) bei N = 102 Patienten							
erwartete Verteilung	12	28	19	17	12	14	102
erhaltene Verteilung	6	22	21	18	17	18	102
							χ^2 = 4.21, n.s.

3.4.2.4 Der Einfluß des Berufs von Patienten auf das Konsultationsgespräch

Stellen wir die Ausbildung des Arztes in den Vordergrund und sehen in Verbindung damit einen Sozialisierungsprozeß, der zur Folge hat, daß sich der Arzt von der traditionellen zur modernen Wertorientierung hinwendet , dann bietet sich der Beruf als die Variable an, nach der Ärzte ihre Patienten statusmäßig einordnen können.

Aufseiten der Patienten ist mit dem Beruf und dessen Erwerb nicht nur ein entsprechendes Einkommen verbunden, sondern auch eine entsprechende Selbstwahrnehmung und Eigenbeurteilung, die ihn unter Berücksichtigung der beruflichen Sozialisierungseffekte dem Arzt gegenüber in ganz bestimmter Weise handeln lassen. Sein berufsbedingtes Auftreten - so die resultierende Annahme - wird vom Arzt wahrgenommen und löst bei diesem spezifische Verhaltensweisen aus. Dieser Aspekt der gegenseitigen Wahrnehmung hebt den reflexiven Charakter der Interaktion deutlich hervor. Probleme der Selbst- und Fremdwahrnehmung spielen hier herein, (LAING, PHILLIPSON & LEE, 1971), ebenso wie Überlegungen zur Empathie oder sozialen Sensibilität (BRONFENBRENNER, 1958).

Die Beurteilung von Berufen wird ersichtlich bei Erstellung von Berufsrangreihen. In einer Untersuchung von GUSKIN (1964) stellten thailändische Studenten den Beruf des Lehrers und des Arztes an die Spitze einer Berufsrangreihe. In einer von Ärzten vorgenommenen Einstufung (GOLDSCHMIDT, 1976) rangiert der Beruf des Arztes ebenfalls an der Spitze einer Berufsrangreihe. Selbstwahrnehmung und Beurteilung Dritter weisen dem Arztberuf eine Spitzenposition in der sozialen Hierarchie zu. Dagegen fällt der Beruf des Lehrers in der Beurteilung durch die Ärzte auf den 6. Platz, der des Hochschullehrers auf den 4. Platz, dazwischen rangiert der buddhistische Mönch. Die thailändischen Studenten stuften letzteren direkt hinter dem Arzt ein. Am Ende der Berufsreihe werden von ihnen die Bauern, Händler und Arbeiter eingestuft.

Die Anordnung der von uns gewählten Berufsgruppierung geschah primär nach Gesichtspunkten der sozialen Rangordnung, obwohl ein Teil dieser Berufsgruppen sehr heterogen ist und zudem nicht alle Berufe in den obengenannten Beurteilungen enthalten waren. Wir haben der Gruppierung zusätzlich so pragmatische Kriterien zugrundegelegt wie die Ähnlichkeit der Berufe aufgrund der Beschreibung ihrer Arbeitscharakteristika und ihres Bildungsnive Wie bei der Kodierung der Berufe nahmen wir auch zu ihrer Gruppierung die Obergruppen der ISCO [1] zuhilfe. Mit den resultierenden Berufsgruppen ist die generelle Annahme bezüglich des Arztverhaltens verbunden, daß sich Ärzte den einzelnen Berufsgruppen gegenüber unterschiedlich verhalten, und zwar statushohen (wie Lehrer, Angestellten) gegenüber offener und zugewandter als gegenüber statusniedrigeren (wie Bauern und Arbeitern).
Um differenziertere Aussagen über den Einfluß des Berufs auf das ärztliche Gesprächsverhalten machen zu können, werden in dieser Analyse auch die Wirkungen von Bildungsgrad, Kenntnis des Krankenhauses und Alter der Patienten zusätzlich zum Beruf berücksichtigt.

Beschreibung der Berufsstichprobe

Die Berufsangaben der Patienten wurden 11 Kategorien zugeordnet:

1. Patienten ohne Beschäftigung und im Ruhestand lebende

2. Patienten, die im Bereich der Land- und Forstwirtschaft und in der Fischerei tätig sind. Der größte Teil der Bauern sind Reisbauern und Gemüsebauern. Einige Bauern betreiben Obst- und Teeplantagen. Die Bauersfrauen wurden ebenfalls hier eingeordnet, sofern sie nicht als Beruf 'Hausfrau' angegeben hatten sondern 'Farmer', da ihre Hauptbeschäftigung die Feldarbeit ist, z. B. das Anpflanzen und Ernten von Reis.

3. Hausfrauen

4. Lehrer und Studenten; sie stellen die Gruppe der Intellektuellen dar und wurden aufgrund ihres Bildungsvorsprungs gegenüber der übrigen Bevölkerung in eine Gruppe zusammengefaßt. Die Studenten, als potentielle Bildungselite und die Lehrer bereits der Dienstleistungselite angehörend, stellen ein direktes Pendant zum Arztberuf dar.

---

1) International standard classification of occupations (1962)

5. Klerus. Diese Gruppe setzt sich zusammen aus Patienten, die dem Mönchsstand angehören und können sowohl Männer wie Frauen sein. Innerhalb des Mönchsstandes können wir zwei Gruppen unterscheiden: einmal die Mönche auf Lebenszeit, zum anderen die Mönche, die sich nur kurzfristig (meist nur wenige Wochen) in ein Kloster begeben, um der Forderung der buddhistischen Lehre, einmal im Leben der weltlichen Sphäre zu entsagen, nachzukommen. Diese Mönche auf Zeit machen nur einen kleinen Teil der Patienten dieser Gruppe aus. Die Mönche, die dem weltlichen Leben ganz entsagt haben, um der Lehre Buddhas zu dienen, stellen den Hauptanteil dieser Gruppe. Die Angehörigen der buddhistischen Glaubenkongregationen bilden die traditionell orientierte geistliche Elite.

6. Polizei- und Armeeangehörige. Die Polizisten und Soldaten gehören vornehmlich den niederen Rängen an, bzw. sind noch Rekruten. Als Träger der Uniform symbolisieren sie die Machtelite des Staates.

7. Büroarbeiter. Diese Berufsgruppe unterscheidet sich von Gruppe 10 primär nur durch den Arbeitsplatz. Es sind meist ungelernte oder nur angelernte Arbeiter für Büroarbeiten.

8. Angestellte. Diese Gruppe umfaßt alle white-collar-Berufe, jedoch im Unterschied zur vorigen Gruppe haben die Angehörigen dieser Gruppe ein Minimum an fachlicher Ausbildung. Es handelt sich vor allem um Buchhalter und Stenotypisten und um einige Verwaltungsangestellte in Regierungsdiensten. Der Unterschied zwischen Gruppe 8 und Gruppe 7 ist ein gradueller nach Ausbildung und Status.

9. Handel/Verkauf. Die Patienten dieser Gruppe rekrutieren sich aus Verkäufern sehr unterschiedlicher Prägung. Ihr Spektrum reicht vom gelegentlichen Verkauf selbstgemachter Spezialitäten bis hin zu Verkäufern in Kaufhäusern.

10. Arbeiter. Auf diese Gruppe entfallen die ungelernten Arbeiter, Hilfsarbeiter, Gelegenheitsarbeiter, die dem Bereich der Landwirtschaft, des Verkehrs, des Handels und der Industrie entstammen.

11. Handwerker. Die Handwerker repräsentieren die kleinste Kategorie und auch die heterogenste. Der Begriff des Handwerkers ist hier nicht im europäischen Sinn zu verstehen, sondern soll ausdrücken, daß es sich hier um gelernte Arbeiter handelt, wie etwa Maler, Dekorateure, Holzschnitzer, Bus- und Lastkraftwagenfahrer, Mechaniker, Motor- und Radioreparateure, Friseure, Schneider und Steinhauer. Lkw-Fahrer und Taxischauffeure stellen in dieser Gruppe den Hauptanteil. Von vielen Ärzten werden sie als eine Problemgruppe betrachtet wegen ihres unregelmäßigen Lebens. Die meisten ihrer Symptome werden diesem zugeschrieben.

Eine Alternative von nur 7 Gruppen bietet die Zusammenfassung der Berufsgruppen Arbeiter und Büroarbeiter; Handel/Verkauf, Handwerker und Angestellte; Bauern und Hausfrauen(vgl.Kap.3.6.1.

Aus der Gesamtstichprobe von 2360 Patienten liegen uns nur von 1451 Patienten, deren Konsultationsgespräche länger als 30 Sekunden dauern und die älter als 15 Jahre sind, Berufsangaben vor. Das Alter der Patienten ist durchschnittlich 39,3 Jahre und entspricht damit dem durchschnittlichen Alter der Gesamtstichprobe. Bezüglich des Alters bestehen signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen: am jüngsten sind die Lehrer und Studenten und am ältesten die Angehörigen der Mönchsorden, denen dem Alter nach die Patienten ohne Beschäftigung und Rentner, die in der Landwirtschaft Beschäftigten und die Hausfrauen und Verkäufer folgen (Vergl. Tab.13 b, S.140).

Vergleichen wir diese Berufsgruppen hinsichtlich Interaktionsdauer[1] und Ausführlichkeit der Inhalte, so erhalten wir folgende Ergebnisse: Am längsten und ausführlichsten gestalten sich die Gespräche mit Rentnern und Beschäftigungslosen, außerdem mit Lehrern und Studenten und mit Angestellten und Verkäufern. Bei Mönchen dagegen ist die Interaktionsdauer und Informierung außerordentlich kurz bzw. spärlich. Auffällig ist auch das extreme Verhalten der Ärzte während der Konsultationsgespräche mit Arbeitern und Lehrern: Arbeiter werden durchgängig für alle Variablen wenig befragt und informiert, fast das Niveau der Gespräche mit den Mönchen erreichend. Mit Lehrern dagegen wird generell lange interagiert(s.Tab.15,S.

Bei Berücksichtigung der inhaltlichen Variablen kristallisieren sich zusätzliche Schwerpunkte heraus. Angestellte und Patienten aus dem Bereich der Landwirtschaft stehen an der Spitze der ausführlichen Symptombefragung. Während die Angestellten ausführlich bezüglich Behandlung, Untersuchung und Erklärung der Diagnose informiert werden, werden die Patien

1) vergl. Tab. A30 im Anhang, S.47

Tabelle 14: Gruppenumfänge, Mittelwerte und Standardabweichungen der Patientenstichprobe bei formalen Variablen

PATIENTEN ALTER	N	INTERAKTIONSDAUER DES ARZTES $\bar{x}$	s	SPRECHDAUER DES ARZTES $\bar{x}$	s	TEXTLÄNGE DES ARZTES $\bar{x}$	s
16 - 20 J.	195	216.61	166.62	138.97	138.60	135.32	153.16
21 - 30 J.	417	198.59	132.72	126.35	109.17	128.12	118.55
31 - 40 J.	298	232.92	161.41	151.38	127.40	134.64	122.55
41 - 50 J.	275	245.64	170.65	168.16	137.05	138.99	130.61
51 - 60 J.	203	235.92	171.60	147.99	122.19	124.16	114.94
60 J.	214	227.00	158.09	139.69	135.82	125.55	123.60
Total	1602	223.77	158.39	144.24	127.23	131.23	126.20
PATIENTEN GESCHLECHT							
männlich	789	209.01	150.76	129.79	114.10	120.73	126.43
weiblich	813	238.09	164.29	158.27	137.42	141.42	125.21
Total	1602	223.77	158.39	144.24	127.23	131.23	126.20
PATIENTEN KRANKEN-HAUSBESUCH (f)							
Erstptn.	908	247.51	166.27	154.40	132.17	146.35	132.99
Folgeptn.	694	192.71	141.67	130.95	119.25	111.45	113.81
Total	1602	223.77	158.39	144.24	127.23	131.23	126.20
PATIENTEN BERUFE							
o.Beschäftig.	69	248.49	183.59	154.28	113.08	142.59	127.37
Landwirt	400	235.23	168.75	148.23	136.89	133.70	119.26
Hausfrau	150	233.81	157.98	152.03	125.27	135.08	122.11
Lehrer, Stud.	80	257.69	192.77	172.65	160.17	183.75	202.64
Mönchsorden	133	157.42	104.60	104.71	81.50	74.74	82.64
Armee,Polizei	46	195.89	144.14	124.91	109.24	135.76	131.47
Büroarbeiter	75	203.77	148.76	142.49	137.03	115.08	97.63
Angestellte	56	267.95	165.31	181.30	141.16	181.84	150.20
Verkauf	148	250.02	156.98	173.85	133.22	159.24	134.77
Arbeiter	239	210.42	145.20	130.90	108.00	112.92	111.88
Handwerker	31	228.68	139.70	136.52	154.51	158.23	151.56
Total	1427	225.33	159.24	145.98	127.75	132.26	127.68

PATIENTEN ALTER	N	HÄUFIGKEIT ALLER INHALTE BEIM ARZT $\bar{x}$	s	PAUSENDAUER DES ARZTES $\bar{x}$	s	HÄUFIGKEIT DER PAUSEN BEIM ARZT $\bar{x}$	s
16 - 20 J.	195	21.57	18.59	65.21	67.30	4.31	3.21
21- 30 J,	417	20.69	13.81	61.64	66.87	4.00	2.88
31 - 40 J.	298	23.37	17.15	64.55	70.24	4.35	3.28
41 - 50 J.	275	23.72	17.91	58.64	67.46	4.09	3.35
51 - 60 J.	203	22.45	16.67	72.33	82.08	4.13	3.42
60 J.	214	22.38	16.83	66.09	102.09	3.97	3.47
Total	1602	22.26	16.58	64.05	75.22	4.13	3.23
PATIENTEN GESCHLECHT							
männlich	789	20.64	16.28	64.87	75.39	4.13	3.22
weiblich	813	23.84	16.73	63.25	75.09	4.13	3.23
Total	1602	22.26	16.58	64.05	75.22	4.13	3.23
PATIENTEN KRANKEN-HAUSBESUCH (f)							
Erstptn.	908	24.52	16.93	77.56	83.51	4.68	3.46
Folgeptn.	694	19.31	15.63	46.36	58.24	3.41	2.74
Total	1602	22.26	16.58	64.05	75.22	4.13	3.23
PATIENTEN BERUFE							
o.Beschäftig.	69	23.75	17.22	73.23	87.38	4.65	4.31
Landwirt.	400	23.87	17.18	70.53	83.45	4.67	3.31
Hausfrau	150	22.89	16.81	63.87	76.69	3.91	3.19
Lehrer,Stud.	80	25.01	21.51	70.33	63.78	4.60	2.98
Monchsorden	133	14.61	12.32	40.77	52.07	3.05	2.77
Armee,Polizei	46	23.15	20.78	60.87	49.02	4.26	2.44
Büroarbeiter	75	21.56	15.75	46.00	43.20	4.21	3.31
Angestellte	56	26.23	17.45	70.89	64.28	4.21	2.81
Verkauf	148	25.42	16.95	60.84	67.54	4.05	3.45
Arbeiter	239	19.91	14.43	65.78	76.39	3.92	3.17
Handwerker	31	23.84	17.22	82.55	110.88	3.81	3.31
Total	1427	22.41	16.86	64.05	74.40	[illegible]	[illegible]

aus den landwirtschaftlichen Berufen zu diesen Bereichen relativ wenig informiert. Handwerker, Hausfrauen, Rentner, Arbeitslose und Verkäufer erhalten hier durchschnittlich viele Informationen. Bei dem Vergleich der Gruppenmittelwerte läßt sich weiter erkennen, daß die Gruppe der Handwerker, in der sich auch die LKW-Fahrer und Taxifahrer befinden, bezüglich der Variablen persönliche Probleme und Ursachen am ausführlichsten befragt und informiert wird, vermuten Ärzte bei ihr doch als verursachende Faktoren ein unstetes Leben und unregelmäßige Essens- und Ruhezeiten.

Das auffällige Verhalten der Ärzte Mönchen gegenüber, das sich in extrem kurzen Konsultationsgesprächen äußert, könnte als Folge ärztlicher Sozialisation interpretiert werden, wonach traditionelle Normen und Statusvariablen von Ärzten kaum beachtet werden. Bemerkungen der Ärzte zum Autor verdeutlichen die negative Haltung den Mönchen gegenüber: Viele Mönche kommen mit nichtigen, meist diffusen Beschwerden ins Krankenhaus, dem Anschein nach eine Gelegenheit suchend, dem einförmigen, entbehrungsreichen Klosterleben für kurze Zeit zu entfliehen, Rat und Hilfe in persönlichen Problemen suchend, deren Ursachen oft im Mönchsein selbst liegen und deshalb von Ärzten auch nicht behoben werden können, es sei denn, die Ärzte rieten ihnen, das Kloster zu verlassen. Aber gerade dies geht nach Auffassung eines Arztes kaum, da für viele Mönche das Leben im Kloster bereits eine Flucht aus den täglichen Problemen bedeutet, wie sie Familie und Geschäft mit sich bringen - Probleme, die, wie auch die Probleme aus dem Bereich des Klosters, nicht in den Kompetenzbereich des Arztes fallen.

Die ablehnende Haltung der Ärzte den Mönchen gegenüber kann außer den genannten Gründen auch den Konflikt des Arztes im Umgang mit einem traditionell gesehen Statushöheren signalisieren. Diese Situation wird vom Arzt offensichtlich mit solchem Unbehagen empfunden, daß er versucht, sie möglichst

Tabelle 15: Prüfung der Mittelwertsdifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen von Konsultationsgesprächen mit Patienten, die nach Berufen gruppiert wurden

VARIABLEN ÄRZTE			BERUFSGRUPPEN PATIENTEN B 1 N=69	B 2 N=402	B 3 N=152	B 4 N=80	B 5 N=136	B 6 N=48	B 7 N=79	B 8 N=56	B 9 N=150	B 10 N=247	B 11 N=32	GESAMT N=1451	Signifik. t-Werte *) zwischen Gruppe:
Aktuelle Symptom-befragung	(f)	$\bar{x}$	8.99	9.74	8.97	10.76	5.71	6.52	8.14	11.11	8.99	7.68	8.34	8.70	
		s	7.08	8.70	8.61	9.40	5.98	6.60	8.24	10.62	8.67	8.08	8.62	8.42	
	(cm)	$\bar{x}$	32.00	32.36	30.96	43.79	16.41	19.71	23.90	42.14	31.36	24.96	33.19	29.48	5-8
		s	30.31	34.38	34.17	43.10	17.96	19.88	26.88	47.99	36.59	29.64	49.31	33.85	5-4
Unter-suchung	(f)	$\bar{x}$	2.57	2.17	1.97	2.45	1.21	1.48	1.66	2.93	2.59	1.86	2.66	2-07	
		s	2.58	2.44	2.87	3.78	1.83	2.10	2.17	4.12	2.88	2.38	2.67	2.66	
	(cm)	$\bar{x}$	13.46	10.98	10.22	15.28	5.42	6.56	7.72	16.64	13.77	8.85	12.22	10.58	
		s	18.14	16.54	16.29	25.93	9.66	10.39	11.26	27.60	18.32	13.74	13.25	16.79	
Erklärung zur Diagnose und Unter-suchung	(f)	$\bar{x}$	0.58	0.31	0.35	0.46	0.13	0.77	0.35	0.82	0.49	0.44	0.25	0.39	
		s	1.44	0.90	0.77	1.24	0.51	1.92	0.77	1.59	1.35	1.04	1.08	1.07	
	(cm)	$\bar{x}$	3.59	1.86	2.09	3.40	0.71	4.96	2.13	7.75	3.14	2.53	1.34	2.52	5-8
		s	11.99	6.19	5.04	9.26	3.16	10.92	6.45	19.73	15.16	7.07	5.76	9.01	
Persönl. Probleme des Ptn.	(f)	$\bar{x}$	1.21	2.10	1.84	1.85	0.91	1.63	0.81	1.86	2.11	1.58	2.69	1.73	
		s	2.08	3.06	2.51	2.73	2.23	2.74	1.44	2.39	3.56	2.53	3.85	2.79	
	(cm)	$\bar{x}$	5.17	8.19	6.74	8.46	3.71	6.67	3.01	7.18	7.52	5.56	11.38	6.67	
		s	9.47	13.37	10.87	15.37	9.74	12.00	5.47	9.52	13.59	10.07	17.17	11.96	
Nennung der Ursachen	(f)	$\bar{x}$	1.36	1.63	1.03	2.05	0.77	1.94	1.30	1.98	2.01	1.38	3.53	1.54	5-11
		s	3.69	2.72	1.92	5.06	2.08	4.14	2.32	2.94	3.54	2.59	6.91	3.12	
	(cm)	$\bar{x}$	6.83	7.57	5.76	10.45	3.52	10.23	5.49	10.13	11.18	6.97	19.38	7.73	5-11
		s	17.57	14.30	12.49	26.49	10.34	24.00	11.33	15.73	20.76	19.16	40.34	17.87	
Prognose	(cm)	$\bar{x}$	0.19	0.63	0.76	1.16	0.21	0.63	0.81	0.96	0.91	0.32	0.66	0.61	5-11
		s	1.34	3.07	3.59	6.07	1.30	3.37	2.73	5.06	4.55	1.52	2.12	3.27	
Behandl.- Anweisungen u. Vorsorge-ratschläge	(f)	$\bar{x}$	5.30	4.60	4.76	5.20	3.31	5.29	4.57	6.41	5.20	3.96	4.69	4.61	
		s	5.25	5.4	5.18	7.40	4.24	6.41	5.53	7.87	5.38	5.04	5.04	5.54	
	(cm)	$\bar{x}$	34.04	18.19	31.99	42.75	18.11	34.98	27.04	42.71	35.80	23.09	34.34	29.50	
		s	42.59	40.79	43.08	74.38	28.47	49.62	38.49	54.17	45.35	33.81	48.10	43.41	
Administr. Ratschläge	(f)	$\bar{x}$	2.33	1.63	1.58	1.40	0.72	2.17	1.71	2.07	1.72	1.45	1.44	1.57	5-11
		s	3.43	2.09	2.85	2.10	1.06	2.98	3.66	2.43	2.31	1.76	1.59	2.33	
	(cm)	$\bar{x}$	13.67	8.75	9.29	10.38	2.88	13.08	8.05	13.57	10.64	7.61	8.28	8.85	
		s	24.73	15.62	20.14	20.69	4.78	19.69	16.71	18.68	17.16	11.57	9.93	16.32	

*) multipler t-Test nach SCHEFFE bei signifikantem F-Test

B 1 = Ohne Beschäftigung u. Rentner
B 2 = Bauern u. verwandte Berufe
B 3 = Hausfrauen
B 4 = Lehrer und Studenten
B 5 = Mönche
B 6 = Armee und Polizei
B 7 = Büroarbeiter
B 8 = Angestellte
B 9 = Verkauf
B10 = Arbeiter
B11 = Handwerker

schnell zu beenden, den Mönch so rasch wie möglich abzufertigen. Die Teilnahme des Arztes an einem Interaktionsprozess mit Problemen, für die er sich nicht kompetent fühlt und für die er nicht ausgebildet wurde, und in dem er sich zusätzlich in einer Situation mit widersprüchlicher Statusverteilung befindet, stellt wohl eine Ausnahme in der Sprechstunde dar, wie sie in den Ergebnissen dieser Auswertung keine Parallele findet.

Vergleichen wir das tatsächliche Informationsverhalten der Ärzte den verschiedenen Berufsgruppen gegenüber mit dem Verhalten, das ihnen aufgrund ihres Status zukommt, besteht bei den Mönchen keine Übereinstimmung. Ebenso vermissen wir sie bei Angehörigen der Polizei und Armee, bei Hausfrauen und bei landwirtschaftlichen Berufen. Während Armee und Polizei im mittleren Bereich der sozialen Hierarchie angeordnet werden können, gleicht das Äußerungsniveau ihnen gegenüber dem der Arbeiter und Mönche. Bauern und Hausfrauen dagegen liegen, stellt man eine Rangreihe der Äußerungsmenge [1] (Interaktionsdauer, Sprechdauer, Textlänge) des Arztes auf, auf den mittleren Rangplätzen. Bei Lehrern und Arbeitern korreliert das Arztverhalten mit dem Rangplatz auf der Statushierarchie.

Arztverhalten unterliegt sicher komplexeren Bedingungen als allein dem Status des Gegenübers. Andere berufsabhängige Eigenschaften der Gesprächspartner, und auch diese nicht allein, mögen eine Rolle spielen. Die formelle Bildung der Patienten scheint dabei eingeschlossen zu sein. Die Interaktionsdauer der Ärzte mit Berufsgruppen unterschiedlichen Bildungsniveaus läßt folgende Beziehung zwischen diesen Variablen vermuten: Patienten mit vergleichsweise hohem Bildungsgrad (wie Lehrer und Angestellte) weisen längere Konsultationsgespräche auf als Patienten mit niedrigerem Bildungsgrad (z. B. Arbeiter

1) Die Rangreihe der Äußerungsmenge korreliert mit der Rangreihe der sozialen Hierarchie (Status) für alle Berufsgruppen nicht signifikant (SPEARMAN Rangkorrelationskoeffizient $r_{IAD} = .25$, $r_{Sprd.} = .27$, $r_{Textlänge\ Dr.} = .41$).

und Bauern). Diese Feststellung trifft für Armee- und Polizeiangehörige nicht zu. Bei ihnen erwarten wir ein höheres Bildungsniveau als bei Arbeitern, dennoch liegen ihre Werte auf gleicher Höhe wie bei diesen oder sogar darunter. Die Mönche, wenn wir uns auf formelle Bildung beziehen, mögen sie auch teilweise eine gute informelle Bildung besitzen, passen wiederum in dieses Bild, da sich ein großer Teil von ihnen aus Bevölkerungskreisen mit geringer formeller Bildung rekrutiert (Vergl. o. S. 143).

Die Selbständigkeit im Handeln und Entscheiden, die in unterschiedlichem Maß mit den Berufen gekoppelt ist, kann als weitere Variable in diesem Zusammenhang vermutet werden. Berufe mit hohen Anteilen an Weisungsempfang - Armee, Polizei, Büroarbeiter, Arbeiter - weisen kürzere Gespräche auf als Angehörige von Berufen mit größerer Entscheidungsfreiheit, z. B. Lehrer, Händler, Bauern und Hausfrauen. Diese Überlegungen bleiben jedoch so lange Vermutungen, bis weitere Informationen über die Berufe für eine Analyse erhältlich sind.

Als weitere signifikante Einflußvariable kann die Kenntnis des Krankenhauses betrachtet werden (vergl.Kap.3.4.2.1). Signifikante Mittelwertsunterschiede treten zwischen Erst- und Folgepatienten bei all den Variablen auf, bei denen inhaltlich ein unterschiedliches Vorgehen der Ärzte mit diesen Patienten zu Recht erfolgt. Es ist deshalb zu erwarten, daß die Kenntnis des Krankenhauses auch in den Berufsgruppen einen signfikanten Einfluß hat.

Die Mittelwerte von Mönchen, Lehrern und Arbeitern zeigen die Wirkung der Besuchshäufigkeit im Krankenhaus. Am deutlichsten fällt dies wieder bei der Gruppe der Lehrer auf. Bezüglich der Textlänge zur Symptombefragung durch die Ärzte standen die Lehrer an erster Stelle, die Arbeiter dagegen an achter. Nach Aufteilung in Erst- und Folgepatienten finden wir, daß die Lehrer-Erstpatienten extrem lang befragt werden

und ausführliche Informationen erhalten, während die Folgepatienten der Lehrer sich von den Folgepatienten der Arbeiter kaum unterscheiden. In der Menge der Äußerungen übertreffen diese sogar noch die Lehrer-Folgepatienten. Im Durchschnitt liefern die Ärzte den Lehrer-Erstpatienten etwa doppelt soviel Text wie den Arbeiter-Erstpatienten oder den Mönch-Erstpatienten Die Informationsdifferenz zwischen Lehrer-Folgepatienten und Mönch-Folgepatienten gleicht der ihrer Erstpatienten, während sich die Differenz der Lehrer-Folgepatienten zu Arbeiter-Folgepatienten im Vergleich zu den Erstpatienten verringert.

Eine zweifaktorielle Varianzanalyse zur Klärung des Einflusses des Alters auf die Gespräche mit Patienten unterschiedlicher Berufe hat gezeigt, daß das Alter keinen Einfluß hat, und der Haupteffekt vom Faktor Beruf ausgeübt wird. Nur zur Thematik der 'früheren Behandlung' tritt auch beim Faktor Alter ein signifikanter Unterschied auf. Dies hat jedoch nur indirekt seine Begründung im Alter, ist vielmehr direkt gekoppelt mit der größeren Wahrscheinlichkeit wiederholter Arztbesuche in höherem Alter bzw. weniger Besuchen in jungen Jahren. Jüngere Patienten werden also zur früheren Behandlung durchschnittlich weniger gefragt als ältere, weil sie überproportional der Gruppe von Patienten angehören, die eine frühere Behandlung noch nicht gehabt hat. In der Befragung zur früheren Behandlung ist auch die Wechselbeziehung zwischen Alter und Beruf signifikant. Diese Wechselbeziehung deutet darauf hin, daß das Alter in den Berufsgruppen nicht gleichmäßig vertreten ist. Die Verteilung der Patienten in Tabelle 13, S.139 f bestätigt dieses Ergebnis. Etwa 80 % der Lehrer sind 30 Jahre oder jünger, dagegen sind 70 % der Mönche 41 Jahre und älter. Umgekehrt sind bei den Arbeitern etwa 70 % jünger als 41 Jahre; bei den Beschäftigungslosen bzw. Rentnern sind es dagegen 61 %, die 41 Jahre und älter sind. Diese ungleiche Altersverteilung in den Berufsgruppen liegt im Bereich der normalen Erwartung. Wenn in einer Berufsgruppe die Rentner enthalten sind, verschiebt sich der Altersdurchschnitt nach oben, umgekehrt verschiebt er sich bei der Lehrerstichprobe nach unten, weil hier Studenten aufgenommen wurden.

Zusammenfassend läßt sich zum Einfluß des Berufs auf das Konsultationsgespräch sagen, daß Textlängen und Auftretenshäufigkeiten bei bestimmten Variablen in den einzelnen Berufen unterschiedlich ausgeprägt sind. Über die verschiedenen Variablen hinweg haben wir für die einzelnen Berufe Differenzen, z. T. signifikanter Art, festgestellt, die Lehrer und Angestellte auf der einen Seite, Mönche und Arbeiter auf der anderen Seite voneinander unterscheiden. Bringt man die Berufe so in eine Rangreihe mit Lehrern am einen Ende und Arbeitern am anderen, findet sich eine starke Korrespondenz zwischen dem Bildungs- und Ausbildungsniveau einerseits und der Äußerungsmenge der Ärzte andererseits. Abweichend hiervon verhalten sich die Ergebnisse in den Gesprächen mit den Angehörigen buddhistischer Kongregationen. Hier würden wir ein höheres Bildungsniveau als bei Arbeitern und Bauern oder Hausfrauen vermuten, finden aber Meßwerte, die schlechter sind als bei diesen Gruppen. Wir werten dieses Ergebnis als Zeichen eines Rollenkonflikts, der sich in negativen Einstellungen und ablehnenden Haltungen Mönchen gegenüber manifestiert. Hier scheint eine deutliche Kommunikationsbarriere zwischen modern ausgerichteten, westlich orientierten Medizinern und traditionellen Statusträgern zu liegen. Wir wollen hierzu ein vergleichbares Ergebnis aus dem Bereich der medizinischen Versorgung anführen, wo dieser Konflikt über die interpersonelle Ebene hinausgeht auf die Ebene der medizinischen Systeme.

Die moderne Medizin in Thailand wird häufig mit der traditionellen thailändischen Medizin konfrontiert. Viele Patienten, die den modernen Arzt aufsuchen, haben zuvor die Behandlung durch traditionelle Heiler aufgesucht oder suchen umgekehrt diesen nach einer erfolglosen Behandlung durch die moderne Medizin auf. In Gesprächen mit den Ärzten sowie in Befragungen hat sich gezeigt, daß der moderne Mediziner in Thailand kaum Kenntnis von der traditonellen Medizin hat oder es ablehnt, sie zur Kenntnis zu nehmen. Dies muß sich als ernster Mangel im Verstehen ihrer Patienten auswirken und darüberhinaus in der Kommunikation mit diesen, da der Patient dem traditionellen Heiler und dem traditionellen medizinischen System näher steht als dem modernen, mit Ausnahme vielleicht der gebildeten Schichten in den städtischen Bereichen.

3.4.2.5 Der Einfluß des Krankheitsbildes auf Konsultationsgespräche

Das zentrale Problem der Konsultationsgespräche ist das Krankheitsbild bzw. die Symptomatik. Ihre Wahrnehmung und Beurteilung erfolgt durch die Gesprächspartner in ganz unterschiedlicher Weise. Für den Patienten stellt die Erkrankung eine massive existentielle Bedrohung dar. Der Grad der Bedrohung unterliegt in seiner Bewertung der subjektiven Wahrnehmung und Interpretation der Störung durch den Erkrankten und braucht von daher mit den objektiven Kriterien medizinischer Symptomatologie und der daraus gewonnenen Bewertung nicht übereinzustimmen. Während der Erkrankte stärker affektiv beteiligt ist, überwiegt beim Arzt die neutrale, eher kognitive Komponente. In seinem Ermessen liegen Diagnose und Therapie, liegen die Möglichkeiten der Informationsübermittlung zur Aufklärung und zur Beseitigung von Informationsdefiziten und Fehlinterpretationen bei den Patienten. Um diesen Aufgaben nachzukommen, müßte der Arzt auf die persönlichen Probleme der Patienten, auf Diagnose und Therapie eingehen, im Sinne einer aufklärenden Information und - wo notwendig - in Form eines therapeutischen Gesprächs. Es scheint deshalb unumgänglich zu überprüfen, welchen Einfluß die Symptomatik der Patienten auf das Kommunikationsgeschehen hat, inwieweit Ärzte auf persönliche Probleme der Patienten tatsächlich eingehen, ihnen Erklärungen zur Diagnose und Untersuchung geben, auf die soziale Verursachung zu sprechen kommen und die Behandlung oder Therapie nach Art, Dauer und Erfolgsaussichten erklären. Ein Einfluß durch die Art der Erkrankung auf die Interaktion ist in verschiedenen Untersuchungen an unterschiedlichen Stichproben nachgewiesen worden (LOWINGER et al., 1966, 1972; VON FERBER, 1975;

HOORNAERT& PIERLOOT, 1976) [1], mit Kontrollvariablen, wie Rückkehrfrequenz, Gesprächsdauer oder Beurteilungsskalen.

Die zentrale Frage dieses Abschnitts ist der Einfluß der Erkrankung auf die Interaktion. Organische Erkrankungen mit guter örtlicher Bestimmbarkeit lassen einen geringeren verbalen Austausch zu, erfordern eine weniger ausführliche Befragung und Information als psychosomatische oder psychische Störungen. Unter diesem Aspekt und den vorgefundenen Sachzwängen wurden die Symptome der Patienten vier Kategorien zugeordnet:

---

1) Die Untersuchung von HOORNAERT & PIERLOOT (1976) befaßte sich mit dem Arztbild bei Patienten unterschiedlicher Symptomatik (psychosomatisch Erkrankte, Neurotiker und Gesunde) unter besonderer Berücksichtigung der Dimension väterlicher oder mütterlicher Symbolik. Die Ergebnisse unterschieden die Gesunden von den Patienten in ihrem Arztbild. Letztere versahen ihr Arztbild mit mehr väterlichen und mütterlichen Symbolen als die Gesunden. Die neurotischen Patienten differenzierten die väterliche Symbolik in stärkerem Maße als die psychosomatischen. LOWINGER et al. (1966) haben den Einfluß von Patientenvariablen wie Alter, Geschlecht, Religion, soziale Schicht und Sozialstatus von 5 psychiatrischen Patientengruppen auf die Behandlung untersucht. Psychoneurotiker wurden als die Patienten angesehen, die die größte Fähigkeit zu kommunizieren besitzen und von den Ärzten am weitesten für eine Behandlung akzeptiert wurden. Das Gegenteil gilt für Hirnorganiker. Schizophrene zeichneten sich in der Beurteilung durch Ärzte durch Aggressivität aus. Depressive wurden als am wenigsten aggressiv beurteilt und als dem Arzt am ähnlichsten wahrgenommen. Anhand der Übereinstimmungen von Beschwerdebild des Patienten und Diagnose des Arztes zeigt VON FERBER (1975), daß Erkrankungen mit guter Lokalisation zu einer besseren Verständigung führen ("...denn Ärzte wurden in ihrer Ausbildung auf somatische Leiden festgelegt" (S.92)) als auf Beschwerden ohne genaue Lokalisation, bei denen keine somatische Ursache festgestellt werden kann. Die Verständigung wird mit der Gesprächslänge gemessen. PIERLOOT & DEBLEEKER (1972) haben Verhaltensmuster in der Interaktion von Ärzten mit Asthmapatienten, Neurotikern und Zahnarztpatienten mithilfe semantischer Konzepte untersucht. Die Asthmapatienten unterschieden sich in 3 von 4 Konzepten von den Vergleichsgruppen.

- S 1 Störungen des Allgemeinbefindens, Schmerzen und vasomotorische Störungen
- S 2 Erkrankungen der inneren Organe (außer Magen-Darm-Krankheiten), Hals-Nasen-Ohren, Luftwege und Blut
- S 3 organische Nervenleiden und vegetative Störungen
- S 4 psychosomatische Störungen (Magen-Darm)und psychogene Syndrome
  (Auflistung der Symptome s.S. 82)

Diese Klassifizierung erhebt nicht den Anspruch, ein ausgefeiltes nosologisches System darzustellen oder wissenschaftlich medizinischen Kriterien voll zu genügen. Die vorliegenden Daten würden einen solchen Versuch von vornherein zum Scheitern verurteilen. Diese Gruppierung kann jedoch als Hilfsmittel zur Abklärung des Einflusses von Krankheitsbildern auf die Interaktion dienlich sein. Wir legen deshalb der Gruppierung primär auch nur eine Dimension zugrunde: organische vs. psychische Erkrankungen.

Beschreibung der Stichprobe:

Bei der Stichprobe von 1602 Patienten [1] fehlten in vielen Fällen Angaben zur Sympotmatik, wodurch sich die Stichprobe für die Gruppierung nach Symptomgruppen auf 1221 Patienten (76.2 %) reduzierte. Der Anteil der Erstpatienten in dieser Stichprobe macht 63.2 % aus gegenüber dem durchschnittlichen Anteil von 56.7 % an der Gesamtstichprobe. In der Gruppe der Folgepatienten (N = 449) findet sich kaum eine signifikante Wirkung der Erkrankung des Patienten auf die Variablen des Konsultationsgesprächs. Ausnahmen bilden die Erfragung von Symptomen, das Eingehen auf persönliche Probleme und das Erteilen administrativer Ratschläge. In diesen Variablen unterscheiden sich S 2 (innere Erkrankungen) und S 4 (psychogene Syndrome) signifikant. Die gefundenen Differenzen besagen, daß die Erfragung von Symptomen und das Eingehen auf persönliche Probleme bei organisch Erkrankten weniger ausführlich

1) Patienten, die älter als 15 Jahre sind, deren Geschlecht und Besuchshäufigkeit im Krankenhaus bekannt war, und deren Konsultationsgespräche länger als 30 Sekunden dauerten

geschieht als bei psychosomatischen Erkrankungen, administrative Hinweise aber häufiger gegeben werden. Organisch Erkrankte werden häufiger zu Untersuchungen ins Labor oder zum Röntgen geschickt als psychosomatisch Erkrankte.

Zusätzlich zu den für die Folgepatienten genannten Unterschiede weisen die Erstpatienten noch signifikante Unterschiede zur Frage der früheren Behandlung und zur Nennung der Ursachen auf. Die Unterschiede finden sich bei den Erstpatienten vornehmlich zwischen S 1(Störungen des Allgemeinbefindens) und S 4 (psychogene Syndrome). Außer bei den genannten inhaltlichen Variablen treten signifikante Unterschiede bei formalen Variablen auf, wie Interaktionsdauer, Sprechdauer, Textlänge und Pausendauer, aber auch beim Durchschnittsalter und der durchschnittlichen Anzahl Patienten pro Sprechstunde. Durchgängig weisen bei den Erstpatienten die Gespräche mit Patienten der S 4 (psychogene Syndrome) die meisten und längsten Gesprächsanteile an den verschiedenen Variablen auf, die Patienten der S 1 (Störungen des Allgemeinbefindens) hingegen die wenigsten und kürzesten. S 2 (innere Erkrankungen) und S 3(organische Nervenleiden) sind sich bezüglich der Durchschnittswerte am ähnlichsten (vergl. Tab. 16 + 17 , S 156 f).
Den Arztäußerungen gegenüber Erst- und Folgepatienten konnten die Äußerungen dieser Patientengruppen gegenübergestellt werden. Wie bereits mehrfach festgestellt, gleicht ihr Gruppenmittelwertsprofil sehr dem der Ärzte. Signifikante Varianzunterschiede finden sich bei den Erstpatienten bei den gleichen Variablen, bei denen vonseiten der Ärzte Varianzunterschiede aufgetreten sind. Der Test von SCHEFFE ermittelt auch hier Kontraste zwischen den Symptomgruppen S 1 und S 4, in einigen Fällen auch zwischen S 3 und S 4. Dieses Ergebnis besagt, daß die Symptome der Patienten das Konsultationsgespräch beeinflussen, und zwar einen Einfluß auf die Äußerungsmenge beider Interaktionspartner haben.

Tabelle 16: Prüfung der Mittelwertsdifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen von Konsultationsgesprächen mit Erstpatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden

VARIABLEN (Ärzte)			SYMPTOMGRUPPEN ERSTPATIENTEN S 1 N = 124	S 2 N = 458	S 3 N = 65	S 4 N = 125	GESAMT N = 772	Signifik. t-Werte * zw. Grupp
Alter - Patienten		$\bar{x}$	35.96	37.49	43.37	35.25	37.38	4-3; 1-3; 2-3
		s	15.86	15.80	16.36	14.92	15.81	
Sprechstundengröße		$\bar{x}$	38.56	32.91	32 37	30.85	33.44	4-1
		s	16.26	15.32	15.02	15.45	15.62	
Interaktionsdauer		$\bar{x}$	206.71	163.01	273.00	304.68	261.56	1-4
		s	151.47	173.70	160-52	164.81	169.85	
Sprechdauer		$\bar{x}$	130.12	165.00	157.74	200.70	164.56	1-4
		s	125.00	128.44	128.57	143.96	131.85	
Textlänge		$\bar{x}$	123.19	151.22	146.92	202.75	154.70	1-4
		s	95.71	136.24	109.14	166.75	135.90	
Text units		$\bar{x}$	20.76	25.28	26.83	31.90	25.76	1-4; 2-4
		s	14.50	16.98	14.96	17.90	16.88	
Pausendauer		$\bar{x}$	65.20	81.90	97.32	83.00	80.69	
		s	66.77	78.15	99.11	77.56	78.60	
Aktuelle Symptombefragung	(f)	$\bar{x}$	8.84	11.03	12.75	14.36	11.36	1-3; 1-4 2-4
		s	6.98	8.51	9.45	9.66	8.71	
	(cm)	$\bar{x}$	29.84	38.76	40.31	54.26	39.97	1-4; 2-4
		s	27.93	36.52	32.62	46.28	37.40	
Fragen zur früheren Behandlung	(f)	$\bar{x}$	0.91	1.65	1.28	2.20	1.59	1-4
		s	1.65	2.77	2.17	3.54	2.75	
	(cm)	$\bar{x}$	3.97	6.78	5.95	10.52	6.87	1-4
		s	8.18	11.84	12.28	19.36	13.05	
Fragen zu persönl. Problemen des Pt.	(f)	$\bar{x}$	1.42	2.05	2.43	3.22	2.17	1-4; 2-4
		s	2.29	3.01	3.64	4.07	3.20	
	(cm)	$\bar{x}$	6.06	7.79	8.51	12.08	8.27	1-4; 2-4
		s	10.52	12.94	13.47	15.61	13.21	
Ursachennennung	(f)	$\bar{x}$	1.99	1.67	1.77	3.74	2.06	2-4; 3-4 1-4
		s	2.99	3.32	3.11	4.67	3.58	
	(cm)	$\bar{x}$	10.35	8.06	8.18	20.33	10.43	1-4; 2-4 3-4
		s	18.82	17.18	16.68	31.34	20.79	
Behandlungsanweisungen und Vorsorgeratschläge	(f)	$\bar{x}$	3.67	4.76	4.43	5.62	4.69	1-4
		s	3.94	5.88	3.91	5.15	5.37	
	(cm)	$\bar{x}$	24.00	32.00	25.83	40.06	31.50	1-4
		s	31.29	48.55	26.52	51.35	45.38	
Andere Inhalte	(f)	$\bar{x}$	0.41	0.76	0.40	0.82	0.68	
		s	0.81	1.55	0.70	1.38	1.38	
	(cm)	$\bar{x}$	2.19	4.96	2.83	6.54	4.59	1-4
		s	5.61	12.66	7.20	15.09	11.95	

*) multipler t-Test nach SCHEFFE bei signifikantem F-Test

S 1 = Störungen des Allgemeinbefindens, Schmerzen
S 2 = Störungen im Bereich der Inneren Organe
S 3 = Vegetative Strörungen, organische Nervenleiden
S 4 = Psychogene Syndrome

Tabelle 17: Prüfung der Mittelwertsdifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen von Konsultationsgesprächen mit Folgepatienten, nach Symptomen gruppiert

VARIABLEN (Ärzte)			SYMPTOMGRUPPEN FOLGEPATIENTEN S 1 N = 54	S 2 N = 296	S 3 N = 39	S 4 N = 60	GESAMT N = 449	Signifikante t-Werte *) zw. Gruppe:
Text units		$\bar{X}$	17.72	22.44	24.82	27.32	22.73	
		s	10.86	14.30	14.62	25.78	16.14	
Pausen	(f)	$\bar{X}$	2.78	3.93	4.26	3.93	3.82	
		s	2.16	2.97	2.74	2.67	2.84	
Aktuelle Symptombefragung	(f)	$\bar{X}$	6.39	7.55	8.77	11.17	8.00	1-4; 2-4
		s	5.84	6.82	7.41	13.51	8.08	
	(cm)	$\bar{X}$	21.13	24.00	31.77	37.28	26.10	1-4; 2-4
		s	20.68	26.21	27.36	51.24	30.62	
Fragen zu persönlichen Problemen des Patienten	(f)	$\bar{X}$	1.30	1.16	2.08	2.38	1.42	2-4
		s	2.34	1.08	3.13	3.49	2.42	
	(cm)	$\bar{X}$	5.81	4.39	7.72	9.65	5.55	2-4
		s	12.23	9.29	11.75	16.17	11.15	
Administrativer Ratschläge	(f)	$\bar{X}$	1.24	1.74	1.59	0.77	1.54	4-2
		s	1.70	2.35	2.59	1.11	2.20	
	(cm)	$\bar{X}$	7.87	10.00	8.84	3.55	8.78	4-2
		s	13.66	17.97	13.93	6.40	16.16	
Andere Inhalte	(cm)	$\bar{X}$	3.11	2.87	1.77	10.37	3.81	
		s	8.44	6.57	4.35	49.44	19.16	

*) multipler t-Test nach SCHEFFE bei einem signifikanten F-Test

Dieser Einfluß ist signifikant, sodaß in Gesprächen mit Patienten der Symptomgruppe 1 (Störungen des Allgemeinbefindens und Schmerzen) in mindestens 95 % der Gespräche signifikant weniger von beiden Gesprächspartnern geäußert wird als in Gesprächen mit Patienten der Symptomgruppen S 3 und S 4 (psychosomatische Störungen bzw. psychogene Syndrome). Diese Tendenz wird weiter unterstrichen durch die geringeren Äußerungen in Gesprächen bei Patienten mit Erkrankungen der inneren Organe sowie der ebenfalls vorkommenden Fälle vermehrter Äußerungen bei Patienten mit organischen Nervenleiden und vegetativen Störungen. Diese Ergebnisse deuten sich bei Folgepatienten in der Häufigkeit, mit der bestimmte Inhalte geäußert werden an, obgleich der Test von SCHEFFE signifikante Differenzen nur bezüglich der Symptombefragung zwischen S 1 und S 4 aufweist (vergl. Tab. 18 + 19 , S.159 f).

Tabelle 18: Prüfung der Mittelwertsdifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen der Erstpatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden

VARIABLEN ERSTPATIENTEN			SYMPTOMGRUPPEN ERSTPATIENTEN S 1 N=123	S 2 N=452	S 3 N=65	S 4 N=125	GESAMT N=765	Signifikante t-Werte *) zwischen Gruppe:
Textlänge		$\bar{x}$	75.45	100.82	125.69	142.62	105.69	1-3; 1-4 2-4
		s	77.70	97.49	134.16	137.04	107.47	
Text units		$\bar{x}$	17.11	21.34	22.92	28.01	21.89	1-4
		s	13.82	15.69	14.58	16.40	15.72	
Pausen	(f)	$\bar{x}$	1.11	1.59	1.74	1.90	1.58	1-4
		s	1.54	2.21	1.48	2.48	2.12	
Pausendauer		$\bar{x}$	11.44	16.32	17.94	20.98	16.43	
		s	22.88	28.74	20.94	29.38	27.49	
Äusserungen zur aktuellen Symptombefragung	(f)	$\bar{x}$	10.56	13.66	15.80	17.76	14.01	1-3; 1-4 1-4
		s	7.94	9.22	10.51	10.91	9.65	
	(cm)	$\bar{x}$	35.89	48.18	62.34	70.36	51.03	1-3; 1-4 2-4
		s	34.81	43.32	48.12	70.31	49.11	
Äusserungen zur früheren Behandlung	(f)	$\bar{x}$	1.24	2.45	2.08	3.00	2.31	1-2; 1-4
		s	2.60	3.97	3.09	4.20	3.78	
		$\bar{x}$	5.72	12.05	10.22	14.42	11.26	1-4
		s	15.70	24.61	17.37	21.94	22.52	
Äusserungen zu persönl. Problemen	(f)	$\bar{x}$	1.37	1.91	2.40	2.89	2.03	1-3; 1-4
		s	2.56	2.82	4.74	3.80	3.19	
	(cm)	$\bar{x}$	4.28	5.82	12.57	10.19	6.86	1-3
		s	9.26	10.99	47.53	20.62	18.69	
Ursachennennung	(cm)	$\bar{x}$	9.08	5.46	8.82	15.35	7.94	2-4
		s	17.13	12.79	22.23	37.98	20.78	

*) multipler t-Test nach SCHEFFE bei signifikantem F-Test

S 1 = Störungen des Allgemeinbefindens, Schmerzen
S 2 = Störungen im Bereich der Inneren Organe
S 3 = Vegetative Störungen, organische Nervenleiden
S 4 = Psychogene Syndrome

Tabelle 19: Prüfung der Mittelwertsdifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen der Folgepatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden

VARIABLEN FOLGEPATIENTEN		SYMPTOMGRUPPEN FOLGEPATIENTEN S 1 N=54	S 2 N=290	S 3 N=38	S 4 N=60	GESAMT N=442	Signifikante t-Werte *) zwischen Gruppe:
Text units	$\bar{X}$	15.00	20.17	22.89	24.58	20.37	1-4
	s	10.33	13.42	14.27	14.15	15.25	
Textlänge	$\bar{X}$	80.00	91.99	113.74	117.35	95.84	
	s	116.20	77.60	89.80	113.17	89.95	
Pausen (f)	$\bar{X}$	1.00	1.72	1.89	1.78	1.66	
	s	1.13	1.36	2.40	1.91	1.86	
Pausendauer	$\bar{X}$	7.65	17.48	17.48	18.63	16.43	
	s	12.13	28.66	26.02	27.62	26.94	
Äusserungen zur aktuellen Symptombefragung (f)	$\bar{X}$	8.09	10.00	11.21	13.67	10.37	1-4
	s	7.94	8.10	7.07	13.94	9.11	
Äusserungen zur früheren Behandlung (f)	$\bar{X}$	2.69	2.97	4.34	4.45	3.25	
	s	4.23	3.62	8.64	5.95	4.70	
Äusserungen zu persönl. Problemen (f)	$\bar{X}$	1.04	1.23	2.13	2.13	1.41	
	s	1.93	2.14	3.21	3.25	2.43	
(cm)	$\bar{X}$	3.30	4.31	8.29	6.47	4.82	
	s	6.75	9.60	16.04	11.04	10.28	
Äusserungen zur Untersuchung (f)	$\bar{X}$	0.35	0.86	0.58	0.43	0.72	
	s	0.76	1.62	1.43	1.24	1.48	
Äusserungen zu administrativen Ratschlägen (f)	$\bar{X}$	0.63	1.06	0.82	0.42	0.90	
	s	1.26	1.82	2.22	1.03	1.72	
Andere Inhalte (f)	X	0.28	0.35	0.18	0.27	0.31	
	s	0.92	0.72	0.56	0.58	0.71	

*) multipler t-Test nach SCHEFFE bei signifikantem F-Test

S 1 = Störungen des Allgemeinbefindens, Schmerzen
S 2 = Störungen im Bereich der Inneren Organe
S 3 = Vegetative Störungen, organische Nervenleiden
S 4 = Psychogene Syndrome

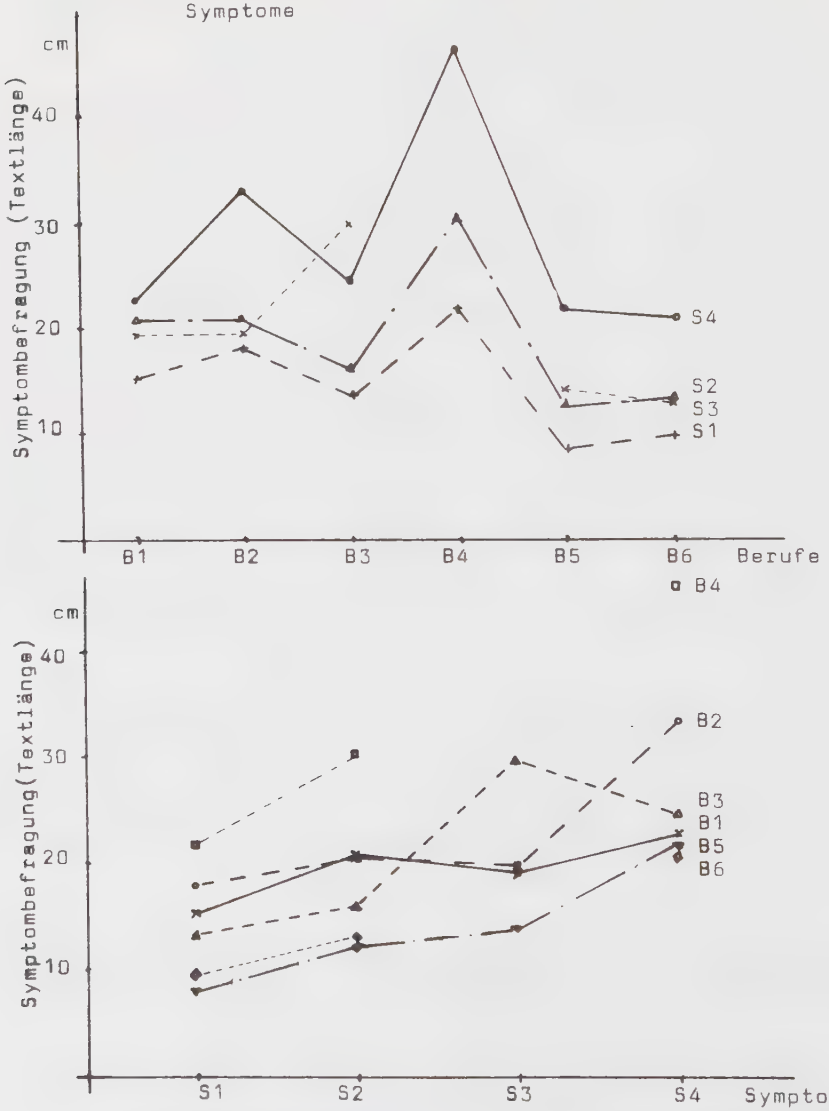
Die zwei-faktorielle Varianzanalyse nach Beruf und Symptomatik, getrennt für Erst- und Folgepatienten

Die Varianzanalyse wurde unter der Annahme durchgeführt, daß der Einfluß des Berufs auf die verschiedenen Symptomgruppen nicht gleich ist und zu signifikanten Wechselwirkungen führen kann, daß beispielsweise besonders Mönche unter die vierte Symptomgruppe fallen. Signifikante Wechselbeziehungen ließen sich aber bei den Erstpatienten nicht feststellen. Den Haupteffekt hatte die Symptomgruppenzugehörigkeit der Patienten auf die Konsultationsgespräche, nicht aber der Beruf, der lediglich bei der Textlänge zur Symptombefragung und Behandlungshinweisen signifikante Werte lieferte. Auch die Symptomgruppierung weist nicht in allen Variablen Signifikanzen auf, wo beim vorangegangenen Vergleich signifikante Differenzen aufgetreten sind. Von der Einbeziehung weiterer Patientenmerkmale in eine Varianzanalyse, an der auch die Variable Beruf beteiligt gewesen wäre, nahmen wir Abstand, da die Zellenbesetzung zu klein geworden wäre (s. Tabelle A43).

In einer weiteren Analyse, die die Häufigkeit der Krankenhausbesuche, die Symptomatik, Alter und Geschlecht der Patienten berücksichtigt, fanden wir bestätigt, daß Alter und Geschlecht für das ärztliche Verhalten, ob unter Einbeziehung der anderen Variablen oder nicht, keine Rolle spielen. Signifikante Wechselwirkungen ergaben sich auch in diesem Falle nicht.

Die Ergebnisse zur Annahme über den Einfluß des Krankheitsbildes auf die ärztliche Gesprächsführung bei Erstpatienten legen den Schluß nahe, daß Ärzte auf Patienten mit psychosomatischen/psychogenen Erkrankungen mit mehr und längeren Äusserungen reagieren. Patienten mit Symptomen organischen Ursprungs und guter Lokalisierbarkeit rufen weniger Äusserungen im Gespräch hervor. Die Ärzte scheinen sich in ihrer Gesprächsführung im Durchschnitt an die Erfordernisse der vorgebrachten

Diagramm 2 : Graphische Darstellung der Mittelwerte aus der zweifaktoriellen Varianzanalyse für Berufe und Symptome



S1 Störungen des Allgemeinbefindens und Schmerzen
S2 Störungen im Bereich der inneren Organe
S3 Organische Nervenleiden
S4 Psychogene Syndrome, psychosomatische Werkrankungen

B1 landw.Berufe u. Hausfr.
B2 Angestellte, Handw., Ver
B3 Arbeiter
B4 Lehrer und Studenten
B5 Mönche
B6 Armee- u.Polizeiangeh.

Beschwerden anzupassen, auch wenn diese Anpassung nicht vollkommen ist. Die Ergebnisse vermitteln den Eindruck, daß sich die Ärzte in ihrer Befragung und in ihrer Informationsvermittlung in starkem Maße von sachlogischen Erwägungen leiten lassen. Sie verwenden mehr Zeit zur Symptombefragung bei Patienten mit psychosomatischen/psychogenen Erkrankungen als bei Patienten mit organischen. Sie geben den ersteren auch mehr Hinweise zur Behandlung. Sprechdauer und Interaktionsdauer nehmen von S 1 zu S 4 zu.

Obwohl die Kategorisierung der Symptome bzw. Diagnosen nach einem sehr groben Raster erfolgte, entsprachen die Ergebnisse den Erwartungen. Während der Interpretation der Ergebnisse kam die Frage auf, ob nicht gerade diese grobe Rasterung auch dem ärztlichen Kategorisierungsvermögen in der Praxis und in Beziehung auf die Gesprächsführung am besten entspricht. Als Beispiel hierfür können die Diagnosen dienen, die bei den für Interviews ausgesuchten Patienten gestellt wurden. Die auffällige Vereinfachung dieser Diagnosen war, nicht klar erkennbare, diffus beschriebene Symptome nur allzugern und unkritisch als Neurose zu klassifizieren.

Einen gewissen Zweifel an der Vollkommenheit der ärztlichen Anpassung an die Erfordernisse einer Erkrankung weckte die Interaktionsdauer. Diese nahm zwar von S 1 zu S 4 zu, ob aber 5 Minuten (bei psychogenen Erkrankungen) ausreichend sind, um von einem therapeutischen Gespräch sprechen zu können, ist doch sehr fraglich. Da Ärzte jedoch kaum eine psychotherapeutische Ausbildung erfahren haben, ist dies nicht verwunderlich. Um Symptome medikamentös zu behandeln, ist diese Zeit wohl ausreichend. Mehr zu erwarten würde praktische Ärzte wohl überfordern, wie sie bereits durch Patienten mit psychogenen Syndromen überfordert zu sein scheinen.

3.4.3 Einfluß des Krankenhauses auf das Konsultationsgespräch

Der Begriff des Krankenhauses, wie er in diesem Kapitel verwendet wird, ist von sehr komplexer Natur. Er umfaßt die Organisationsstruktur des Krankenhauses, Arbeitsverteilung, Arbeitsklima, technische Ausstattung, Bettenzahl, personelle Ausstattung (Verwaltungspersonal, Hilfskräfte, Pflegepersonal und Ärzte) in ihren vielfältigen Interaktionen und Wechselwirkungen. Auf die einzelnen Faktoren kann hier nicht detailliert eingegangen werden, einmal, weil es den Rahmen der Arbeit sprengen würde, zum anderen aber auch, weil dazu die nötigen Informationen nur unvollständig erhoben werden konnten. Wir können aber auf ENGELHARDT et al. (1973), ENELOW & SWISHER (1972, Kap. 10), CARTWRIGHT (1969), SCHRAML (1970), VOLKHOLZ (1973) verweisen, die einzelne dieser Faktoren untersucht haben. Die wohl als klassisch zu bezeichnende Studie ist die von CARTWRIGHT (1969), die 1964 zum ersten Mal herausgegeben wurde und in einer Veröffentlichung von 1967 zur Arzt-Patient-Beziehung ihre Fortsetzung fand.

Die Arbeitsbelastung der Ärzte, wie sie durch ihren Dienst in der Ambulanz wie auf der Station, durch die Anzahl der zu behandelnden Patienten, durch bestimmte fehlende Arbeitserleichterungen, z.B. die Übernahme bestimmter Arbeitsschritte durch Hilfspersonal, durch Verwaltungsaufgaben etc. mitbedingt wird, stellt einen Faktor dar, der für die Durchlaufgeschwindigkeit der Patienten in der Sprechstunde mitverantwortlich ist. Einen weiteren Faktor sehen wir im Arbeitsklima und in der Interessenlage der Kollegen. Jeder Arzt, der neu an ein Krankenhaus kommt, wird sich langsam an die bestehenden Verhältnisse anpassen oder auch von den Kollegen dazu gedrängt werden, sich den an diesem Krankenhaus üblichen Normen anzupassen. So scheint uns die Erwartung gerechtfertigt, daß an einem Krankenhaus, an dem in größerem Umfang auch Ausbildung betrieben wird, die Ärzte generell ausführlicher mit den Patienten sprechen als die Ärzte in

einem Landkrankenhaus, das 100 km vom nächsten Krankenhaus entfernt liegt und nur mit drei Ärzten besetzt ist. Die Gesamtwirkung dieser Einflußfaktoren des Krankenhauses läßt sich wohl am ehesten als Sozialisationseffekt zusammenfassen.

Unsere Annahme hinsichtlich des Sozialisationseffekts des Krankenhauses auf den Arzt ist, daß sich krankenhausspezifische Verhaltensnormen der Ärzte ihren Patienten gegenüber herausgebildet haben, die sich in den Inhalten (Art, Auftretenshäufigkeit und Textlänge) der Konsultationsgespräche widerspiegelt.

Die 11 Krankenhäuser unserer Untersuchung lassen sich nach einem Mittelwertsvergleich der inhaltlichen und formalen Variablen in drei Gruppen anordnen. Die erste Gruppe - Ärzte, die allgemein zahlreiche und lange Äußerungen produzieren - umfaßt KH 1, 2 und 8; die zweite Gruppe - Ärzte, bei denen sich eher durchschnittliche Äußerungsmengen finden, umfaßt Krankenhaus 0, 3, 5 und 6; die dritte Gruppe - Ärzte mit den wenigsten und kürzesten Äußerungen - besteht aus Krankenhaus 4, 7, 9, und 10. Übereinstimmung der Zugehörigkeit zu diesen drei Gruppen und offensichtlichen Kriterien, wie Lage des Krankenhauses oder Anzahl der Patienten, scheinen nur in begrenztem Umfang zu bestehen. In die letzte Gruppe gehören die Krankenhäuser mit den größten Patientenzahlen, in der ersten Gruppe sind zwei der drei Hauptstadtkrankenhäuser enthalten. Die einzelnen Ergebnisse dieses Mittelwertsvergleichs können in Tabelle 20 ff nachgeschlagen werden. Eine weitergehende Interpretation bietet sich aufgrund der unbefriedigenden Ermittlung der den Sozialisationseffekt bedingenden Größen nicht an. Es erscheint aber trotz der Mängel gerechtfertigt zu sagen, daß eine krankenhausspezifische Verhaltensnorm existiert.

Tabelle 20: Prüfung der Mittelwertdifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen der Ärzte in Konsultationsgesprächen mit Erstpatienten, die nach Krankenhaus gruppiert wurden

VARIABLEN / ÄRZTE		KRANKENHAUS - ERSTPATIENTEN KH 0 N=100	KH 1 N=86	KH 2 N=86	KH 3 N=99	KH 4 N=122	KH 5 N=37	KH 6 N=43	KH 7 N=96	KH 8 N=54	KH 9 N=144	KH 10 N=41	GESAMT N=908	Signifikante t-Werte *) zwischen KH:
Text units	$\bar{x}$	29,44	35,36	33,67	25,87	14,36	19,03	27,93	18,65	32,44	20,85	15,41	24,52	
	s	16,33	20,10	21,25	12,43	9,85	10,98	24,09	10,75	19,91	12,93	9,36	16,93	
Textlänge	$\bar{x}$	150,14	282,91	218,19	171,24	78,32	144,43	149,53	87,14	147,50	117,83	78,02	146,35	10,4,7,9 - 2,
	s	104,49	164,58	190,37	135,40	69,28	102,34	159,84	69,51	114,61	89,81	56,71	132,99	5,8,6,0,3 - 1
Pausen f	$\bar{x}$	7,49	3,58	4,91	3,60	4,58	4,00	7,67	4,22	6,35	3,53	2,90	4,68	
	s	4,09	2,87	3,31	2,86	3,16	2,60	4,26	3,02	4,09	2,31	2,00	3,46	
Pausendauer	$\bar{x}$	116,54	79,76	119,78	72,82	61,78	33,14	160,63	51,51	106,17	46,06	34,71	77,56	
	s	81,49	78,64	115,82	80,71	60,37	24,11	100,50	51,02	129,99	43,23	27,90	83,51	
Aktuelle Symptombefragung f	$\bar{x}$	11,21	17,90	15,02	10,13	7,07	6,05	9,19	7,25	15,85	8,78	5,73	10,45	10,5,4,7 - 2,6
	s	7,10	13,09	9,34	7,56	6,16	4,77	6,92	5,65	8,93	6,52	5,01	8,60	6,3,0 - 1
cm	$\bar{x}$	35,83	82,79	54,42	39,97	24,02	22,86	29,33	19,90	40,43	27,87	18,54	36,61	10,7,5,4,9,6
	s	24,66	63,94	39,11	31,20	23,94	20,72	24,60	18,53	27,39	22,71	18,93	36,32	6,0,3,8,2 -1
Fragen zur früheren Behandlung f	$\bar{x}$	2,15	2,20	3,23	1,24	1,11	0,19	2,74	1,57	1,61	0,74	0,46	1,57	5,10,9,4,3 -
	s	2,82	3,22	1,24	1,11	1,98	0,46	3,38	2,85	2,65	1,77	1,05	2,71	
cm	$\bar{x}$	8,92	10,73	14,71	5,94	5,39	0,76	12,44	4,90	6,31	3,03	1,29	6,82	5,10,9,7,4,3
	s	11,78	18,68	18,89	13,85	11,79	2,15	15,03	8,99	10,77	7,27	3,25	13,06	
Äusserungen zu persönl. Problemen des Pt. f	$\bar{x}$	4,26	2,73	2,39	2,57	1,02	2,78	3,65	0,80	1,56	1,24	0,83	2,07	7,10,4,9 - 6,
	s	4,38	2,96	3,01	2,66	1,74	3,32	5,30	1,63	2,76	2,34	1,47	3,10	8 - 0
cm	$\bar{x}$	14,97	11,63	6,55	10,80	3,80	16,00	14,47	2,23	4,81	4,40	2,78	7,93	7 - 3,1,<
	s	15,57	13,14	12,32	12,93	6,67	25,55	22,55	5,17	8,02	8,78	4,91	13,11	10,4,9 - 0,5
Äusserungen zur Untersuchung f	$\bar{x}$	2,28	4,97	2,85	2,71	1,68	2,41	1,67	2,54	3,19	1,84	1,83	2,52	6,4,10,9,0,
	s	2,09	4,25	3,60	2,95	1,94	2,44	1,91	2,60	2,84	2,20	1,77	2,85	5,7,3,2 -
cm	$\bar{x}$	10,58	31,71	15,97	15,12	9,49	15,57	7,95	10,20	14,85	8,42	7,37	13,24	
	s	15,14	30,06	22,04	21,50	13,48	23,05	11,41	11,28	17,76	10,90	8,76	18,83	alle - 1
Ursachennennung f	$\bar{x}$	2,41	3,90	2,03	1,95	0,66	0,95	1,91	1,61	2,04	1,33	1,56	1,83	4,5,9 - 1
	s	3,76	5,81	3,76	2,93	1,45	2,03	3,91	2,89	3,39	2,32	2,48	3,39	
cm	$\bar{x}$	11,24	23,53	10,70	11,63	2,64	7,54	10,07	6,02	7,33	6,74	5,56	9,28	4,10,7,9,8 - 1
	s	16,99	34-15	19,73	25,97	5,60	21,92	23,46	12,72	13,39	13,96	9,81	16,99	
Behandl.-Anweisungen u. Vorsorge-Ratschläge f	$\bar{x}$	4,81	5,62	7,97	5,22	2,07	2,49	4,77	2,98	5,78	4,83	2,85	4,55	4,5,10,7 - 2
	s	5,04	5,82	8,81	4,13	2,45	3,06	6,58	3,54	5,79	5,21	2,54	5,37	
	$\bar{x}$	26,62	52,57	55,62	35,62	10,92	24,00	30,81	17,17	28,85	29,90	16,76	29,99	4,10,7 - 1,2
	s	37,62	65,61	73,67	34,49	14,71	35,81	47,22	30,48	34,34	35,47	19,31	44,16	

*) multipler t-Test nach SCHEFFE bei signifikantem F-Test

Tabelle 21: Prüfung der Mittelwertsdifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen der Ärzte in Konsultationsgesprächen mit Folgepatienten, die nach Krankenhaus gruppiert wurden

VARIABLEN ÄRZTE			KRANKENHAUS - FOLGEPATIENTEN KH 0 N=17	KH 1 N=53	KH 2 N=18	KH 3 N=12	KH 4 N=25	KH 5 N=8	KH 6 N=55	KH 7 N=201	KH 8 N=92	KH 9 N=154	KH 10 N=59	GESAMT N=694	Signifikante t-Werte *) zwischen KH:
Text units		$\bar{x}$	14.47	29.60	41.78	24.17	8.72	20.38	23.09	11.71	24.70	22.15	14.49	19.31	4,7 - 8,11,2 0 ,10,5,9,6 - 2
		s	8.52	16.86	36.11	10.69	6.15	13.08	19.39	9.29	13.04	13.98	12.39	15.63	
Textlänge		$\bar{x}$	70.59	269.17	241.89	166.58	61.76	119.50	130.04	51.47	118.41	133.51	69.07	111.45	7,4,10,0 8 - 2,1
		s	48.22	169.97	192.11	97.25	55.15	56.88	114.19	55.57	88.55	101.73	73.31	113.81	
Pausen		$\bar{x}$	4.00	3.08	4.50	3.67	3.08	3.25	5.55	2.37	4.58	3.68	2.37	3.41	7,10 - 8 1 - 6
		s	3.14	2.43	3.22	2.19	1.93	2.25	3.03	2.24	3.23	2.52	2.01	2.74	
Pausen-dauer		$\bar{x}$	50.24	51.53	92.00	93.08	47.28	16.75	87.78	29.04	64.53	40.45	28.32	50.24	
		s	49.54	59.88	73.80	86.67	50.31	12.45	84.28	33.68	74.12	54.68	25.53	58.24	
Aktuelle Symptom-befragung	f	$\bar{x}$	4.24	9.21	16.22	8.33	0.68	2.75	6.60	3.57	10.16	7.14	5.86	6.42	4 - 1,8,2 5,7,0,10,6,9 - 2
		s	5.25	8.37	24.42	5.52	1.18	3.01	6.48	3.64	6.88	6.05	5.66	7.36	
	cm	$\bar{x}$	14.12	38.17	58.00	29.42	2.60	8.38	23.45	9.20	27.12	23.77	17.27	20.33	4 - 1,2 5,7,0,10,6,9,8 - 2
		s	16.11	36.52	95.90	17.38	6.01	9.55	23.57	10.89	21.55	22.16	18.69	27.16	
Fragen zur früheren Behandlung	f	$\bar{x}$	2.88	2.51	5.94	3.08	1.48	0.88	3.31	1.18	2.22	2.15	1.34	2.02	
		s	3.79	2.83	5.80	5.02	2.06	1.36	4.28	2.07	2.77	3.77	1.82	3.21	
	cm	$\bar{x}$	11.47	13.87	24.89	14.83	8.40	1.80	15.02	4.61	6.98	10.08	5.15	8.69	
		s	12.96	16.25	24.78	28.79	15.34	3.94	17.15	9.89	8.77	17.94	8.88	14.81	
Äusserungen zu personl. Problemen des Pt.	f	$\bar{x}$	1.35	1.81	2.78	1.00	0.40	2.88	1.56	0.80	1.20	1.44	0.88	1.22	
		s	1.93	2.25	3.34	1.21	0.87	4.36	2.64	1.42	1.75	2.73	1.75	2.15	
	cm	$\bar{x}$	6.29	8.87	10.11	3.58	1.76	14.00	6.13	2.51	3.77	6.27	2.54	4.70	
		s	9.99	13.68	14.87	4.38	4.53	22.52	10.85	5.48	6.40	13.20	5.61	9.92	
Ursachen-nennung	f	$\bar{x}$	1.00	1.91	5.06	1.50	0.04	0.88	1.71	0.92	1.14	1.32	0.88	1.26	4 - 2
		s	1.87	2.80	9.55	1.88	9.20	1.46	3.53	2.60	2.14	2.49	1.79	2.95	
	cm	$\bar{x}$	4.18	11.70	23.89	7.00	0.16	2.50	9.00	3.58	4.14	6.98	3.42	5.92	4 - 2
		s	8.80	18.36	46.95	8.76	.0.80	4.60	21.06	11.13	9.46	14.31	7.24	15.17	
Behandl.-Anweisungen u. Vorsorge-ratschläge	f	$\bar{x}$	3.82	8.62	10.22	7.25	3.44	2.63	5.36	2.74	5.92	5.79	2.66	4.81	
		s	3.09	7.92	7.64	3.28	3.80	2.83	6.12	3.80	5.44	5.96	4.40	5.63	
	cm	$\bar{x}$	16.53	69.17	60.78	54.33	19.44	23.13	32.98	12.03	31.77	37.65	14.66	29.08	7,10 - 2,1 0,4 - 1
		s	14.98	51.68	46.68	34.92	24.43	21.07	41.78	19.90	41.38	45.25	28.60	40.89	

*) multipler t-Test nach SCHEFFE bei signifikantem F-Test

Tabelle 22: Prüfung der Mittelwertdifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen der Erstpatienten, die nach Krankenhaus gruppiert wurden

VARIABLEN ERSTPATIENTEN		KRANKENHAUS - ERSTPATIENTEN KH 0 N=100	KH 1 N=86	KH 2 N=86	KH 3 N=99	KH 4 N=122	KH 5 N=37	KH 6 N=43	KH 7 N=96	KH 8 N=54	KH 9 N=144	KH 10 N=41	GESAMT N=908	Signifikante t-Werte *) zwischen KH:
Text units	$\bar{x}$	27.23	28.71	29.73	21.23	10.95	12.65	23.74	17.04	28.22	17.51	12.80	20.80	4 - 3,6,0,8,1,2 5,10,7,9 - 0,8,1
	s	16.82	18.08	19.78	11.25	8.46	9.18	22.57	10.95	17.88	12.12	8.45	15.79	
Textlänge	$\bar{x}$	138.95	135.79	156.77	116.31	47.12	43.54	113.80	92.32	127.70	65.21	59.44	99.57	5,4 - 1,0,2 10,9,7 - 2
	s	128.55	115.20	145.75	120.27	49.29	34.06	96.77	79.15	103.29	56.19	50.83	103.70	
Pausen f	$\bar{x}$	3.81	0.64	1.10	0.80	1.10	0.73	2.53	2.46	2.15	0.91	1.12	1.55	1 - 8,7,6,0 5,3,9,4, - 0 2,10,8,7
	s	3.43	0.88	1.23	0.91	1.29	0.96	1.93	2.81	2.10	1.26	1.25	2.10	
Pausendauer cm	$\bar{x}$	33.16	10.06	16.44	9.74	7.79	4.38	36.79	22.07	23.48	8.11	7.44	15.54	5,10,4, - 0,6 9,3,1,2
	s	36.97	20.21	22.06	15.47	14.02	7.71	47.90	30.16	33.13	13.31	10.36	26.10	
Äusserungen zur f aktuellen Symptombefragung	$\bar{x}$	15.71	18.19	17.63	12.95	7.65	6.32	11.70	11.75	20.30	10.78	7.71	12.88	5,4,10 - 3,0,2,1 9 - 2,1,8 6,7,3, - 2,1,8
	s	9.96	12.79	10.81	7.69	6.14	5.23	8.07	7.86	10.84	7.46	6.66	9.66	
cm	$\bar{x}$	61.92	64.53	67.36	59.28	24.13	16.57	47.79	41.50	67.37	32.16	27.93	46.71	5,4 - 3,0,1,2,8
	s	54.67	59.51	53.42	62.74	23.81	15.82	45.45	34.08	48.95	30.17	27.83	47.63	
Äusserungen zur f früheren Behandlung	$\bar{x}$	3.28	3.20	4.10	2.01	1.29	0.46	3.14	2.59	2.65	1.04	1.00	2.25	5,10,9,4, - 2
	s	4.26	4.34	4.86	3.07	2.81	1.22	3.57	3.76	4.40	2.29	2.17	3.67	
cm	$\bar{x}$	16.42	15.24	20.70	10.98	4.91	2.38	14.77	11.35	12.35	4.52	4.95	16.42	5,9,4, - 2
	s	30.08	23.65	28.84	22.79	17.16	8.76	15.95	17.77	23.86	10.58	11.17	21.44	
Äusserungen zu f persönl. Problemen	$\bar{x}$	3.95	2.35	2.55	2.35	0.80	2.11	3.56	0.84	1.39	1.20	0.88	1.92	4,7 - 6,0 10, 9, 8 - 0
	s	4.07	2.91	4.19	2.66	1.54	2.54	5.36	1.56	2.07	2.40	1.49	3.08	
cm	$\bar{x}$	11.14	5.90	12.42	8.63	2.52	4.70	13.33	2.63	4.17	4.05	3.12	6.37	
	s	16.80	8.81	41.61	19.98	4.85	6.57	21.31	6.16	7.44	8.97	6.36	17.47	
Äusserungen zur f Untersuchung	$\bar{x}$	0.73	1.62	1.02	0.61	0.35	0.32	0.72	0.96	1.33	0.49	0.73	0.78	
	s	1.26	2.09	2.11	1.10	0.79	0.78	1.47	1.79	2.25	1.04	1.18	1.53	
cm	$\bar{x}$	2.35	4.92	2.85	1.93	0.81	0.35	3.12	3.17	4.81	1.35	2.93	2.44	
	s	6.20	9.07	6.11	4.10	2.38	1.01	6.03	7.73	10.47	3.59	4.98	6.10	
Äusserungen zur f Ursachennennung	$\bar{x}$	2.27	3.44	2.10	1.63	0.61	0.78	1.79	1.61	1.70	1.37	1.37	1.70	4 - 1
	s	4.00	5.12	3.68	2.58	1.38	1.95	3.49	2.98	2.74	2.19	2.28	3.17	
cm	$\bar{x}$	12.12	13.19	9.08	8.54	2.80	3.97	6.60	6.36	5.31	4.28	4.51	7.10	
	s	38.73	22.62	19.69	22.53	7.91	12.70	11.35	14.27	8.43	7.88	8.51	19.33	
Äusserungen zur f Behandlung u.	$\bar{x}$	2.89	2.55	4.82	2.35	0.89	1.27	2.98	1.58	3.26	2.86	1.76	2.48	4,5,7 - 2
	s	3.61	3.27	6.67	2.69	1.79	2.62	5.73	2.16	4.27	3.94	2.11	3.86	
Vorsorge- cm Ratschläge	$\bar{x}$	6.57	6.37	12.60	7.22	2.16	1.68	7.88	4.04	6.76	5.00	4.32	5.86	5,4,7 - 2
	s	11.35	12.38	23.60	10.58	5.45	3.74	14.19	8.34	11.30	8.28	7.34	11.94	

*) multipler t-Test nach SCHEFFE bei signifikantem F-Test

Tabelle 23: Prüfung der Mittelwertedifferenzen der signifikanten inhaltlichen und formalen Variablen der Folgepatienten, die nach Krankenhaus gruppiert wurden

VARIABLEN FOLGEPATIENTEN		KRANKENHAUS - FOLGEPATIENTEN KH 0 N=17	KH 1 N=53	KH 2 N=18	KH 3 N=12	KH 4 N=25	KH 5 N=8	KH 6 N=55	KH 7 N=201	KH 8 N=92	KH 9 N=154	KH 10 N=59	GESAMT N=694	Signifikante t-Werte *) zwischen KH:
Text units	$\bar{x}$	12.88	24.60	37.61	19.58	6.68	14.75	20.31	11.91	22.49	19.34	13.59	17.40	4,7 - 8,1,2
	s	8.00	15.85	33.90	14.21	5.03	11.41	18.70	11.71	12.23	13.07	12.50	15.02	0,10 - 3
Textlänge	$\bar{x}$	55.35	119.06	181.00	104.00	23.00	57.63	103.89	65.26	103.58	83.85	74.00	84.20	4 - 1,2
	s	51.43	105.73	159.41	116.50	20.96	44.51	107.11	73.42	86.96	72.14	92.21	51.43	
Pausen f	$\bar{x}$	1.76	0.68	1.28	1.33	0.56	0.88	2.62	1.65	2.09	1.49	1.08	1.57	4,1 - 6
	s	1.68	0.98	1.18	2.06	0.92	1.13	1.92	1.91	1.75	1.91	1.87	1.84	
Pausendauer	$\bar{x}$	15.76	10.66	20.89	28.33	2.88	5.25	29.96	16.00	22.41	10.17	9.00	15.40	
	s	25.09	26.49	33.24	41.36	6.12	8.00	47.54	23.48	28.91	13.61	17.06	26.06	
Äusserungen zur aktuellen Symptombefragung f	$\bar{x}$	5.41	10.89	17.78	7.83	1.28	3.63	8.02	7.03	12.77	9.28	8.22	8.77	4 - 1,8,2
	s	6.10	9.48	23.99	6.29	2.23	3.74	7.48	7.09	8.65	7.59	7.36	6.10	
cm	$\bar{x}$	19.00	38.11	59.11	31.33	3.88	11.63	33.84	27.49	44.30	33.05	32.08	32.30	4 - 8,2
	s	25.78	36.57	63.46	23.99	8.16	13.90	42.06	32.12	56.73	33.02	44.49	39.73	
Äusserungen zur früheren Behandlung f	$\bar{x}$	3.24	3.32	6.78	3.83	1.24	0.75	3.89	2.28	3.17	2.80	2.27	2.83	
	s	3.90	4.19	6.36	6.93	1.45	1.49	5.15	3.46	3.41	5.12	3.46	4.26	
cm	$\bar{x}$	11.35	16.45	31.67	25.33	4.56	3.88	18.96	10.32	13.58	11.21	9.82	12.62	
	s	18.54	34.57	41.40	55.35	7.51	7.42	28.95	18.58	20.10	27.30	19.98	25.09	
Äusserungen zu persönlichen Problemen f	$\bar{x}$	1.12	1.64	2.83	0.83	0.32	2.25	1.38	0.78	1.20	1.48	1.03	1.19	
	s	1.45	2.28	3.71	0.94	0.69	3.62	2.58	1.41	1.82	2.75	1.80	2.15	
cm	$\bar{x}$	1.65	5.72	12.17	1.75	1.12	5.63	4.44	2.76	3.88	5.06	2.85	3.96	
	s	2.12	9.87	20.54	2.90	3.18	10.43	10.27	6.79	8.28	10.31	6.21	8.94	
Äusserungen zur Untersuchung f	$\bar{x}$	0.12	1.62	0.72	0.58	0.56	0.25	0.31	0.47	0.86	0.55	0.29	0.60	
	s	0.49	2.30	1.07	1.73	1.19	0.71	0.74	1.28	1.47	1.31	0.74	1.37	
cm	$\bar{x}$	0.12	5.17	1.94	2.17	1.36	2.50	1.42	1.45	2.72	1.62	0.98	1.90	
	s	0.49	8.57	3.56	6.10	4.14	7.07	4.23	4.63	4.86	4.30	2.84	4.91	
Äusserungen zur Ursachennennung f	$\bar{x}$	0.59	1.51	5.33	0.92	0.04	0.75	1.58	0.76	1.18	1.20	1.20	1.17	4,0, - 2
	s	1.06	2.97	9.09	1.44	0.20	1.17	3.20	2.35	2.04	2.32	2.14	2.80	
cm	$\bar{x}$	1.71	5.11	25.78	2.50	0.20	2.50	5.42	2.62	4.30	3.84	4.83	4.20	4,0,3 - 2
	s	3.65	10.34	35.85	4.40	1.00	4.28	10.93	7.74	10.31	7.96	11.04	12.81	
Äusserungen zur Behandlung u. Vorsorgeratschläge f	$\bar{x}$	3.35	5.08	6.00	5.58	2.40	1.50	4.40	2.24	4.50	3.99	2.17	3.35	
	s	4.51	6.46	4.13	3.40	2.10	2.51	6.52	3.08	4.94	4.54	3.48	2.78	
cm	$\bar{x}$	7.82	16.09	16.39	21.25	5.00	5.75	15.49	7.67	11.55	9.93	6.73	10.22	
	s	7.00	24.71	16.64	38.29	7.07	12.08	25.71	11.81	14.07	15.69	12.71	16.68	

*) multipler t-Test nach SCHEFFE bei signifikantem F-Test

3.4.4 Zusammenfassung

Ausführlicher als ursprünglich beabsichtigt, fiel die Darstellung der Variablen aus, die wir aus dem Analyseschema ableiteten und zur Messung der Äußerungen im Konsultationsgespräch herangezogen haben. Bei Betrachtung der Tabellen, die nur die signifikanten Ergebnisse zusammenfassend wiedergeben, wird ersichtlich, daß einige Variablen stärker auf Stichprobenunterschiede reagieren als andere. Man könnte sie als Standardvariablen der Arzt-Patient Interaktion bezeichnen, da sie zum Befragungs- und Informationsinventar jedes Arztes gehören, während andere nur sporadisch oder gar nicht auftreten. Zu Beginn der Darstellung der Ergebnisse wurde die Verwendung der inhaltlichen und formalen Variablen durch die Ärzte überblicksmäßig beschrieben. Demzufolge lassen sich in den Konsultationsgesprächen verschiedene, funktional bestimmte Inhaltsbereiche feststellen. Den verschiedenen Inhaltsbereichen messen Ärzte unterschiedliche Bedeutung zu, was sich ablesen läßt an der Verwendungshäufigkeit, Textlänge und Anzahl Patienten, denen gegenüber sie geäußert bzw. nicht geäußert wurden.

Konsultationsgespräche verlieren viel von ihrem Gesprächscharakter weil sie häufig einem Interview ähneln, das einer Checkliste folg bei dem der Befragte nur mit ja oder nein zu antworten braucht. Selbst bei Ärzten, bei denen Patienten ausführlicher sprechen können, wird das Gespräch in starkem Maße vom Arzt bestimmt; eine direkte Abhängigkeit des Patienten vom Arzt besteht.

Einflußmöglichkeiten vonseiten des Patienten auf den Arzt und seine Gesprächsführung müssen aber auch in Betracht gezogen werden. Statusvariablen sind als erstes herangezogen worden. Geschlecht und Alter als Zeichen zugeschriebenen Status lassen kaum zu, ihren Einfluß auf die Gespräche zu interpretieren. Außer einer generellen Tendenz der Ärzte,bei weiblichen Patienten mehr zu äußern als bei männlichen, finden sich keine signifikanten Wirkungen.

Das Alter der Patienten hatten wir als wenig relevant für die ärztlichen Äußerungen gefunden, haben aber außerdem gesehen, daß die Selbstwahrnehmung in Verbindung mit Alter und daraus abgeleitetem Verhalten von der Wahrnehmung der Ärzte abweicht. Alter erlaubt freieres Reden beim Patienten.

Die Art der Analyse, wie wir sie in dieser Arbeit gewählt haben, d.h. die Auswahl an Variablen und ihre Operationalisierung scheinen unempfindlich gegenüber dem Einfluß von Patienten-Alter und -Geschlecht zu sein. Ein solches Ergebnis entsprach nicht unseren ursprünglichen Erwartungen, läßt sich aber etwa dahingehend interpretieren, daß eine Variation des Arztverhaltens in stärkerem Maße einerseits im nichtverbalen Bereich vorliegen könnte und andererseits in einem sprachlichen Bereich, der in dieser Arbeit ausgeklammert wurde und sich mit Partikeln und Anredeformen befaßt und dadurch Arztverhalten auf dieser Dimension besser erfaßt.

Die Annahme, daß Ärzte unterschiedlichen Berufsgruppen gegenüber signifikant abweichendes Äußerungsverhalten zeigen, konnte bestätigt werden. Am auffälligsten war hier die Diskrepanz der Äußerungen gegenüber Mönchen und Arbeitern einerseits und Lehrern und Angestellten andererseits. Die Interaktion zwischen Dienstleistungseliten, hier Arzt und Lehrer, aber auch Angestellte, verläuft wortreicher als die zwischen Arzt und anderen Eliten (Machtelite: Armee, Polizei; geistliche Elite: Mönche) oder zwischen Arzt und Nicht-Eliten (Arbeiter).

Als interaktionsrelevant wurden auch die Art der Erkrankung und die Besuchshäufigkeit des Patienten beurteilt. Zwischen organisch bedingten und psychisch bedingten Erkrankungen besteht ein signifikanter Unterschied bezüglich der Arztäußerung. Für die einzelnen Aspekte der Anamneseerhebung, aber auch der Behandlungshinweise, setzen die Ärzte mehr Zeit und Informationen bei Patienten mit psychogenen Erkrankungen ein als bei Erkrankten mit Störungen des Allgemeinbefindens oder mit Störungen der inneren Organe, von denen Magen-Darm-Erkrankungen aber ausgenommen wurden, wenn sie den psychosomatischen Erkrankungen zugerechnet werden konnten.

Dieses Ergebnis scheint und zu bestätigen, was LIEBMAN (1957) bereits vor mehr als zwei Jahrzehnten feststellte, daß Störungen der Körperfunktion für Ärzte kaum mehr ein Problem darstellen. Problematisch sind dagegen immer noch die "chronisch intermittierenden" Erkrankungen, wie Magen-Darm-Störungen, deren Diagnose meist mehr Informationen erfordert über die Lebensumstände, Famil und soziale Gruppe des Patienten und die dann weiter zu einer kom plexen Behandlung führt, die langfristig angelegt ist und mit nur langsamen Zustandsverbesserungen verläuft. Die Auswahl dieser Behandlung macht ebenfalls die Kenntnis der genannten Informationen erforderlich.

Die Häufigkeit vorangegangener Krankenhausbesuche führte ebenfall zu signifikanten Differenzen im Äußerungsverhalten der Ärzte gege über Erst- und Folgepatienten im anamnestischen Teil des Konsultationsgesprächs, nicht aber im behandlungsrelevanten Teil.

Mehrfaktorielle varianzanalytische Pläne führten über die Bestätigung der genannten Ergebnisse nicht hinaus, Wechselwirkungen der unabhängigen Variablen treten fast nie auf. In der Kombination der Krankheitsbilder mit den Berufen zeigte sich, daß die Varianzunterschiede fast ausschließlich durch die Krankheitsbilder hervorgerufen wurden und die Berufe eine nachgeordnete Rolle zu spielen scheinen.

Als langfristig wirkende situative Variable erwies sich der Einfluß des Krankenhauses als Organisation auf die Gesprächsführung des Arztes. Patientenzahlen, Ausstattung und Entfernung von der Hauptstadt wirken sich auf die Konsultationsgespräche aus. Wachse Patientenzahlen, zunehmende Entfernung und geringere Ausstattung haben einen negativen Einfluß auf die Interaktionsdauer, Informationsmenge und Ausführlichkeit.

3.5 STRUKTURANALYSE: DIE PHASEN DES KONSULTATIONSGESPRÄCHS

Unsere Überlegungen zur Struktur von Konsultationsgesprächen basieren auf der Annahme von Phasen, in die sich die Gespräche gliedern und die durch die Ziele, die in diesen Phasen erreicht werden sollen, bestimmt werden. In einem vorangehenden Kapitel (3.3.4.1, S. 97 ff) wurde die konstituierende Funktion von Gesprächsinhalten für die Phasen aufgezeigt und die Phasen operationalisiert. In diesem Abschnitt soll nun versucht werden, die Konsultationsgespräche unter dem Gesichtspunkt der Phasenstruktur zu analysieren.

3.5.1 Ergebnisse der Phasenuntergliederung

Die Operationalisierung der Phasen von Konsultationsgesprächen (S. 101) richtet sich schwerpunktmäßig nach den Inhalten, die in der jeweiligen Phase behandelt werden:

Symptombefragung/Anamnese (Phase 1),
Diagnose und Ursache der Erkrankung (Phase 2),
Behandlung und Vorbeugung/Vorsorge (Phase 3) [1)]

---

1) Die Faktorenanalyse wird in der psychologischen Forschung weitgehend als Klassifizierungshilfe zur Vereinfachung komplexer Daten verwendet. In Zusammenhang mit den Daten dieser drei Phasen wurden drei Faktorenanalysen nach der Hauptkomponentenmethode durchgeführt. Die höchsten Ladungen (unterstrichen) auf dem jeweils ersten Faktor der drei Analysen bestätigen unsere Überlegungen zum Phasenproblem:

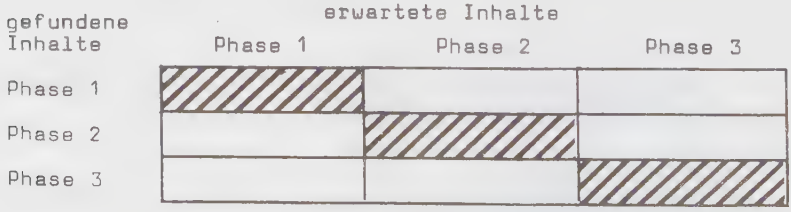
Faktor I der ersten Phase:
- Symptombefragung und Befragung von Einzelheiten zum Symptom
- Erwähnung von Untersuchungen
- Diagnosenennung

Faktor I der zweiten Phase:
- Diagnosenennung
- Ursachen der Erkrankung in Ernährungs- und Lebensweise und
- Verhaltensempfehlungen

Faktor I der dritten Phase
- Diagnosenennung
- Ursachen der Erkrankung in Ernährungs- und Lebensweise
- Behandlungsmaßnahmen und
- Verhaltensempfehlungen

Die Variablen mit den höchsten Ladungen bestätigen unsere Annahme, daß bestimmte Phasen im durchschnittlichen Arzt-Patient-Gespräch existieren. Die nicht unterstrichenen Items verdeutlichen nochmals die gefundenen Überlappungen. Diese wirken sich in verstärktem Maße auch in den folgenden Faktoren aus (Darstellung der Faktorenladungen im Anhang 3.5, Tab. A44-A47, S. 60ff)

Im Regelfall kommt es jedoch kaum vor, daß die Phasen so klar voneinander abgegrenzt in dieser Reihenfolge auftreten. Überlappungen der Inhalte einer Phase mit den Inhalten einer anderen Phase werden die Norm sein. Um einen Vergleich der phasenbezogenen Vorgehensweise von Ärzten zu ermöglichen, errechneten wir als erstes den Anteil der einzelnen Phasen an den Gesprächen. Hierzu wurde die Summe der Textlänge aller eine Phase bestimmenden Inhalte für alle Konsultationsgespräche gebildet. Danach beträgt die durchschnittliche Textlänge aller die Phase 1 bestimmenden Inhalte 52.6 cm, was einem Anteil von 46.8% am Gespräch entspricht. Die entsprechenden Werte für Phase 2 sind 19.3 cm oder 17.1% und für Phase 3 sind es 40.6 cm oder 36.1%. Diese Anteile entsprechen einer Realnorm, die besagt, daß bei strikter Einhaltung der Phasen die Gespräche einen entsprechenden Aufbau haben. Erhalten wurden die Normangaben anhand der Textlängen der Ärzte, da primär an seinem Verhalten Interesse besteht, und weil er das Gespräch entscheidend steuert.
Die einzelnen Gespräche wurden nun dahingehend überprüft, ob sich in den Gesprächsabschnitten, die den zuvorgenannten Normanteilen entsprechen, auch die diese Phasen definierenden Inhalte im vorgegebenen Umfang finden lassen.
Eine totale Entsprechung der erwarteten bzw. in der oben beschriebenen Weise errechneten Verteilung der Inhalte mit der in den Einzelgesprächen vorhandenen Verteilung, wie sie durch die schraffierten Felder des Diagramms verdeutlicht wird, kann in der Realität aus unterschiedlichen Gründen kaum auftreten.



Solche Gründe können situativer Art sein, der Patient ist dem Arzt bereits bekannt, sodaß die Phase 1 kürzer ausfallen kann, oder der Arzt verweist den Patienten an einen Spezialisten, was zu einer Verkürzung der Phase 2 und 3 führen kann. Es lassen sich auch die Fälle vorstellen, bei denen der Arzt während der Anamnese bereits Hinweise zur Behandlung gibt.

Hier kommt es dann zu Überlappungen oder zu Vermischungen der Inhalte der Phasen, wie sie in Tabellen 24 und 25 (S. 177) in einer breit gestreuten Verteilung der Meßwerte und der zugehörigen Prozentwerte zum Ausdruck kommen. Tendenziell erreicht die reale Verteilung der Inhalte die angenommene, was sich in der graphischen Darstellung der normierten Werte (Diagramm 6, S. 183) besonders gut zeigt. Diese Werte berücksichtigen die Normanteile als Basiswahrscheinlichkeit des Auftretens von Inhalten. Die Meßwerte werden in Relation zur Normvorgabe gesetzt. Die Übereinstimmung der gefundenen Werte mit den erwarteten geht dahin, daß in Phase 1 Inhalte zur Symptombefragung deutlich häufiger angesprochen werden als in den anderen Phasen und daß der Behandlungsaspekt in Phase 3 vorherrscht. In Phase 2 überlappen allerdings die beiden genannten Aspekte in starkem Maße. Ja selbst in Phase 3 zeigt sich noch ein hoher Anteil an Inhalten, die sich auf die Symptomatik, also auf Phase 1 beziehen (s. auch Diagramm 8, S. 188).

Die graphische Darstellung 3 (S.177) gibt die inhaltliche Verteilung der verschiedenen Phasen wieder, deren Muster für alle Ärzte, bezogen auf alle Konsultationsgespräche von den Durchschnittswerten her ähnlich ist: Klar zeichnen sich erste und dritte Phase voneinander ab mit überwiegend angesprochenen Inhalten zur Symptomatik (Kategorie 1 bis 7) [1] in der ersten und Inhalten zur Behandlung (Kategorie 13-bis 18) in der dritten Phase, wogegen die Inhalte der zweiten Phase - allein schon aufgrund der Basiswahrscheinlichkeit ihres Auftretens - eine nachgeordnete Rolle spielen.

---

1) Die Tabelle A44 (Anhang 3.5, S. 62) zeigt die Verteilung der einzelnen Inhalte über die drei Phasen, aufgeschlüsselt nach Häufigkeit des Auftretens dieser Inhalte und nach ihren Textlängen.

Tabelle 24 (S. 177) gibt hierzu weitere Informationen: Hauptbestandteile der ersten Phase, d.h. der durch die Normvorgabe bestimmten durchschnittlich ersten 47 % eines Gespräches sind Inhalte, die sich auf die Variablen 1 bis 7 beziehen, also Inhalte zur Symptomatik und zur früheren Behandlung. 69.6 % dieser ersten Phase beziehen sich auf die genannten Inhalte, während sich die restlichen 30.4 % gleichmäßig auf die Inhalte 'Diagnose und Ursache' (16 %) und 'Behandlung und Anweisung' (14.4 %) verteilen.

Bei Analyse der nächsten durchschnittlich 18 % von Gesprächen lassen sich 46.3 % des Textes den Inhalten 'Symptomatik und frühere Behandlung' zuordnen, 22.2 % den 'Ursachen und Diagnoseinhalten' und 31.4 % den Inhalten 'Behandlungsmaßnahmen etc.'. In den letzten durchschnittlich 35 % Text der Konsultationsgespräche kehrt sich der Anteil der einzelnen Inhalte um. Hier entfallen 54.5 % des Gesprächs auf 'Behandlungsanweisungen Behandlungserklärungen und Behandlungsmaßnahmen', während nur noch 27 % auf Inhalte entfallen, die mit der Symptomatik in Verbindung stehen und 18 % auf Inhalte der 'Diagnosenennung und Ursachen' (s. Diagramm 7, S. 183).

Bedeutung und Stellenwert, die den einzelnen Inhalten im Gespräch allgemein beigemessen werden, werden durch die Zahl der Patienten zum Ausdruck gebracht, denen gegenüber ein solcher Inhalt tatsächlich Anwendung fand. Vergleichen wir am Beispiel der Symptombefragung (Variable 2) diese Anzahl der Patienten über die drei Phasen hinweg, finden wir, daß bei 1854 Patienten die Symptomatik in der ersten Phase, bei 662 Patienten in der zweiten und bei 1070 Patienten in der dritten Phase angesprochen wird, dies natürlich mit unterschiedlicher Länge zu Beginn ($\overline{X}$ = 15.41 cm) und am Schluß ($\overline{X}$ = 8.53 cm) des Gesprä
Eine starke Variation in der Anwendung der einzelnen Inhalte findet sich nicht nur für eine Variable über diese verschiedenen Phasen hinweg, sondern auch für die verschiedenen Inhalte einer Phase. In der dritten Phase werden bei den genannten 1070 Patienten Inhalte zur Symptomatik genannt, bei 1159

Tabelle A24 Gesamttextlänge (cm) der Ärzte in allen Gesprächen, angeordnet nach Phasen und innerhalb der Phasen nach Inhaltsgruppen (N = 2360)

Inhaltsgruppen innerhalb der Phasen		PHASE 1	PHASE 2	PHASE 3	TOTAL
(Normvorgabe)		(46.76 %)	(17.12 %)	(36.12 %)	
1. Symptombefragung/ Anamnese	cm	79 864	15 188	32 679	127 731
	%	69.57	46.36	27.51	47.96
		(1.49) 1)	(0.99)	(0.59)	
2. Diagnose/ Ursache	cm	18 447	7 286	21 365	47 098
	%	16.04	22.24	17.99	17.68
		(0.94)	(1.30)	(1.05)	
3. Behandlung/ Vorbeuge	cm	16 480	10 286	64 749	91 515
	%	14.36	31.40	54.51	34.36
		(0.40)	(0.87)	(1.51)	
Total	cm	114 791	32 760	118 793	266 344
	%	100.00	100.00	100.00	100.00
	%	43.10	12.30	44.60	100.00

1) Die Angaben in Klammern sind normierte Vergleichswerte, die der graphischen Darstellung zugrundeliegen. Es sind die Quotienten aus den tatsächlichen Verteilungsdaten und den erwarteten Angaben (in %).

Tabelle A25 Äußerungshäufigkeit von Inhalten durch Ärzte, angeordnet nach Phasen und innerhalb der Phasen nach Inhaltsgruppen in 2360 Gesprächen

Inhaltsgruppen innerhalb der Phasen		PHASE 1	PHASE 2	PHASE 3	TOTAL
(Normvorgabe)		(46.76 %)	(17.12 %)	(36.12 %)	
1 Symptombefragung/ Anamnese	f	21 402	3 714	7 613	32 729
	%	78.22	46.36	37.07	55.54
		(1.67) 1)	(0.99)	(0.79)	
2 Diagnose/ Ursache	f	3 223	1 216	3 104	7 543
	%	11.78	15.17	15.12	13.49
		(0.68)	(0.88)	(0.88)	
3 Behandlung/ Vorsorge	f	2 734	3 082	9 818	15 634
	%	10.00	38.47	47.81	27.97
		(0.28)	(1.06)	(1.32)	
Total	f	27 359	8 012	20 535	55 906
	%	100.00	100.00	100.00	100.00
	%	48.94	14.33	36.73	100.00

1) Die Angaben in Klammern sind normierte Vergleichswerte.

Diagramm 3 Durchschnittliche Textlänge von Inhaltsbereichen pro Phase für Gesamtstichprobe (N=2360),Gesprächen mit Erstpatienten (N=1121)und Folgepatienten (N=831)

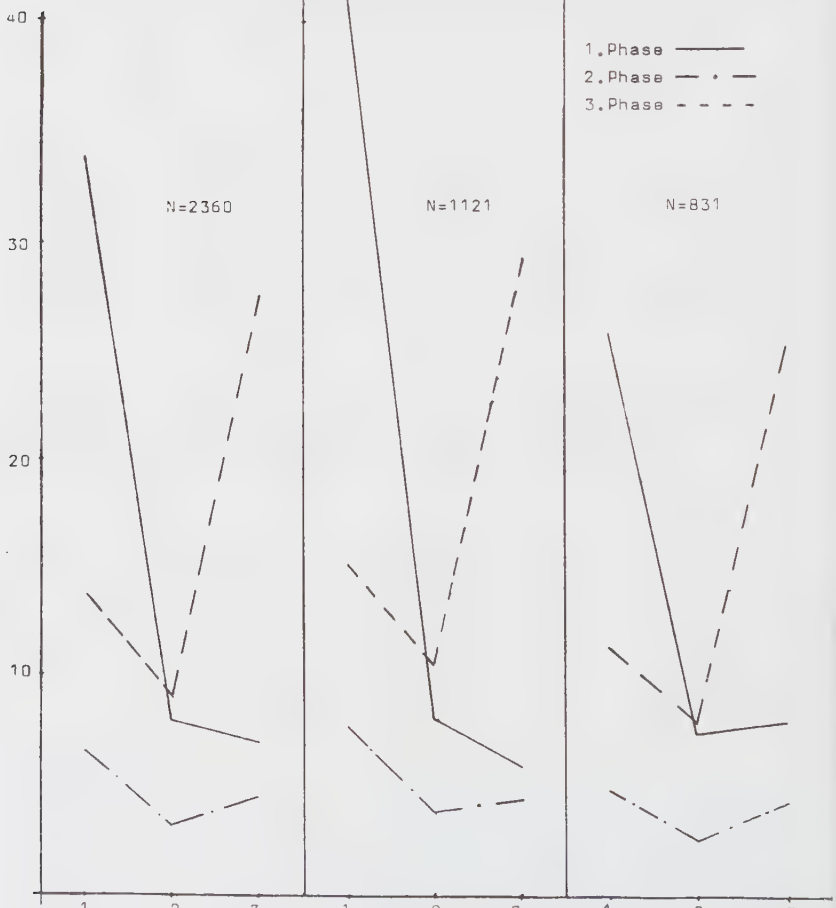


Diagramm 4 Durchschnittliche Textlänge von Inhaltsbereichen pro Phase für Gesamtstichprobe (N=2360), für Gespräche mit Erstpatienten (N= 908) und mit Folgepatienten (N=694)
(Erstptn u.Folgeptn: Alter ≥ 16 J., IAD ≥ 31 Sek.)

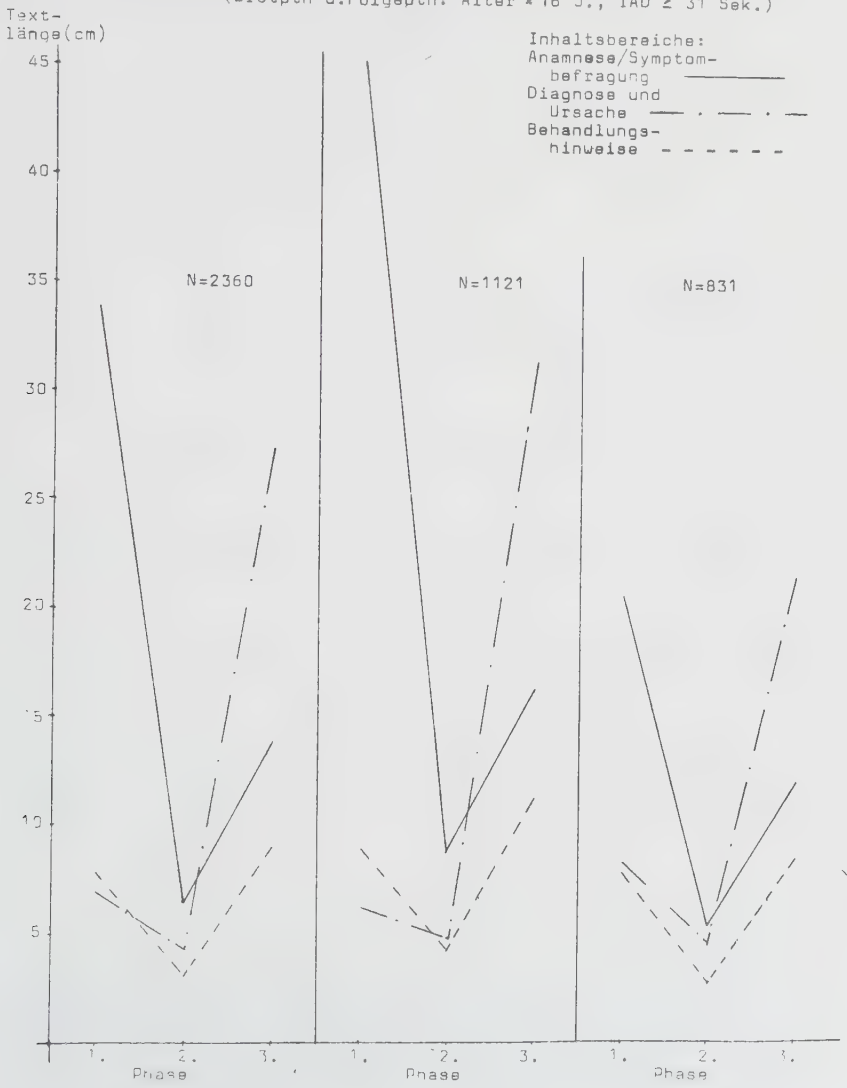


Diagramm 5 Durchschnittliche Ausführlichkeit von Inhaltsbereichen in Konsultationsgesprächen pro Phase für Gesamtstichprobe (N=2360) und für Gespräche mit Erstpatienten (N=908) und mit Folgeptn (N=694)

(Erst- u.Folgeptn: Alter ≥ 16 J., IAD ≥ 31 Sek.)

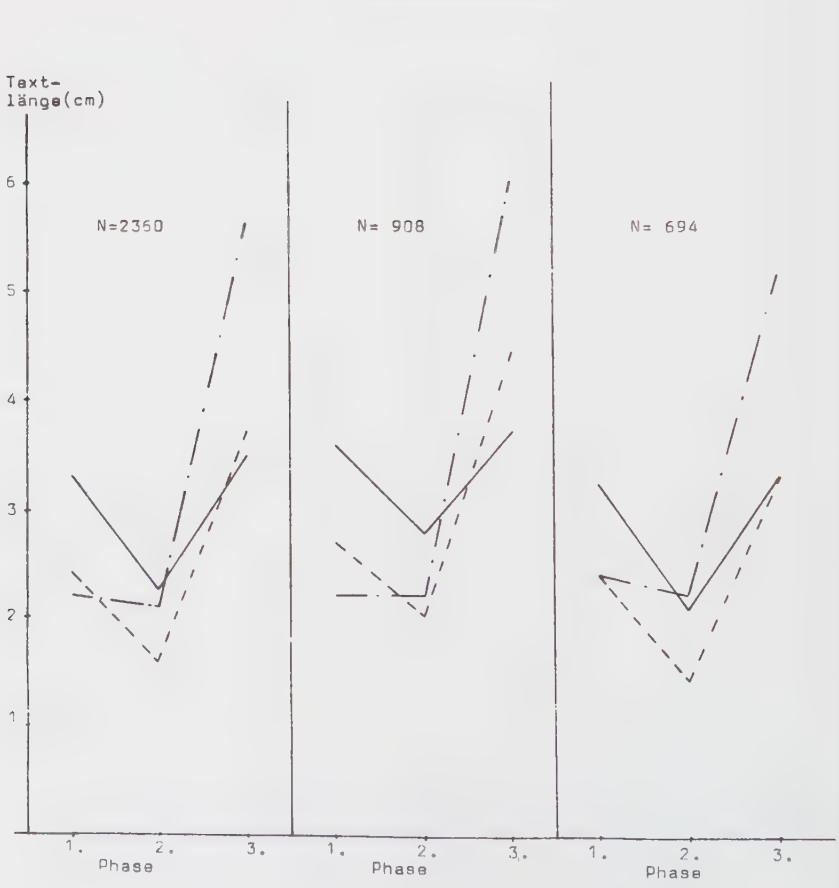


Tabelle 26 Übersicht über durchschnittliche Verwendungshäufigkeit und Textlänge der Inhaltskategorien in Arzt-Patient-Gesprächen bei variierender Patientenanzahl in drei Phasen (N Ärzte = 60)

Inhaltskategorien	PHASE 1			PHASE 2			PHASE 3		
	f	cm	N Ptn.	f	cm	N Ptn.	f	cm	N Ptn.
1 Begrüßung	1.25	4.11	1008	1.36	6.88	44	1.29	6.93	92
2 Befragung zur Art des Symptoms	4.47	15.41	1854	2.14	8.14	662	2.41	8.53	1070
3 Einzelheiten zum akuten Symptom	3.36	11.55	1402	1.84	6.20	373	1.85	6.22	576
4 andere Erkrankungen	2.18	8.28	136	1.96	8.55	47	2.30	8.88	93
5 Information zur früh. Behandlung	2.94	12.67	801	1.74	8.12	231	2.09	8.02	442
6 Daten zur persönl. Situation	2.46	9.63	788	1.09	7.43	222	2.11	8.12	599
7 Erwähnung von Untersuchungen	2.27	10.85	1105	1.55	7.99	405	2.03	12.48	766
8 Diagnosenennung	2.00	13.14	625	1.52	10.05	350	1.84	14.59	913
9 Erklärung zur Diagnose	1.83	12.78	195	1.26	8.13	87	1.35	9.02	234
10 Nennung der Krankheitsursache	2.16	10.14	337	1.45	8.82	114	1.59	10.61	194
11 sozio-personale Ursache	2.20	10.94	139	2.10	11.55	67	2.13	10.16	108
12 Ernährung u. Lebensweise	3.00	13.93	200	2.14	10.26	124	2.29	10.52	244
13 Prognose	1.56	10.67	39	1.14	7.45	29	1.27	7.89	84
14 Nennung der Behandlung	1.89	8.71	376	1.49	8.49	282	2.08	12.08	1144
15 Behandlungsmaßnahmen	1.80	19.12	184	1.39	13.60	147	1.90	19.60	549
16 Erklärung zur Behandlung	1.99	10.90	322	1.49	9.56	265	2.22	14.03	1159
17 Verhaltensempfehlungen	1.99	12.22	147	1.64	9.88	138	1.98	14.63	469
18 administrative Hinweise	2.10	12.01	330	1.53	10.29	174	2.02	12.02	1371

Patienten werden Behandlungsmaßnahmen erwähnt, bei 549 Patienten werden diese noch weiter erklärt. Eine Prognose dagegen wird in dieser Phase nur bei 84 Patienten angeführt [1] (weitere Informationen, s. Tab. 26, S. 181).

Der Behandlungsnennung im allgemeinen und der Erwähnung bestimmter Behandlungsmaßnahmen räumen Ärzte in der Praxis noch geringeren Raum ein als der Symptombefragung. Nur etwa 50 % der Patienten erhalten solche Informationen, und nur ein Viertel erhält Erklärungen weitergehender Art hierzu in der dritten Phase. Die Zahl der Patienten, bei denen in den anderen Phasen diese Inhalte angesprochen werden, verbessern dieses Bild kaum. Ungeachtet der Phasenaufteilung wurden zu den genannten Inhalten plus Verhaltensempfehlungen 1856 Patienten (s. Tab. 2, S. 116) informiert. Die Phasenaufschlüsselung korrigiert diesen noch recht positiven Wert in eine Richtung, die die Frage der effizienten Anordnung von Inhalten in den Vordergrund der Diskussion rückt. Wie soll sich ein Patient mit einer einfachen Behandlungsnennung zurechtfinden, wenn weitere Erläuterungen der Behandlungsmaßnahmen fehlen oder wenn die Behandlungsnennung in den folgenden Phasen untergeht, vom Patienten überhört und vergessen wird, noch bevor der Arzt ihn verabschiedet hat.

LEY und SPELMAN (1967) sind der Frage des Anordnens von Inhalten in der ärztlichen Praxis nachgegangen. Für die Stichprobe ihrer englischen Patienten empfehlen sie, (a) die wichtigen Informationen zuerst zu nennen, (b) wenn Ratschläge

---

1) Auf die Frage, wie relevant die Prognose für die 84 Patienten dieser Phase bzw. für die insgesamt 126 Patienten in allen Phasen sein könnte oder wie relevant eine Prognose in welchem Fall überhaupt ist, soll und braucht hier nicht eingegangen zu werden, da, gleich unter welchen Voraussetzungen, diese Zahl zu gering ist, um von effizientem Arztverhalten sprechen zu können. Zudem wurde das Mißverhältnis der prognostischen Information zur unterlassenen Prognosenennung bereits in Zusammenhang mit Tab. 3, S. 117 verdeutlicht.

Diagramm 6 Verteilung der Inhaltsgruppen "Symptombefragung"(1),"Diagnose und Ursache"(2) und "Behandlungsanweisung"(3) in den Phasen von Konsultationsgesprächen (normierte Werte der Textlänge (———) und Äußerungshäufigkeit (----))

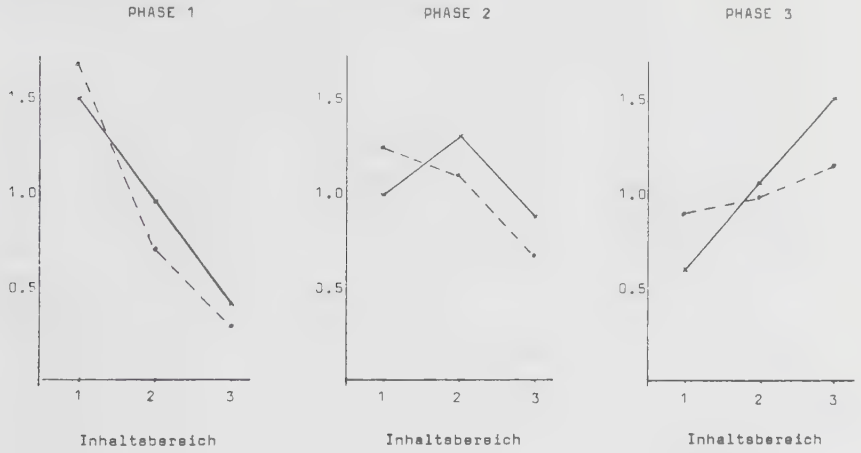
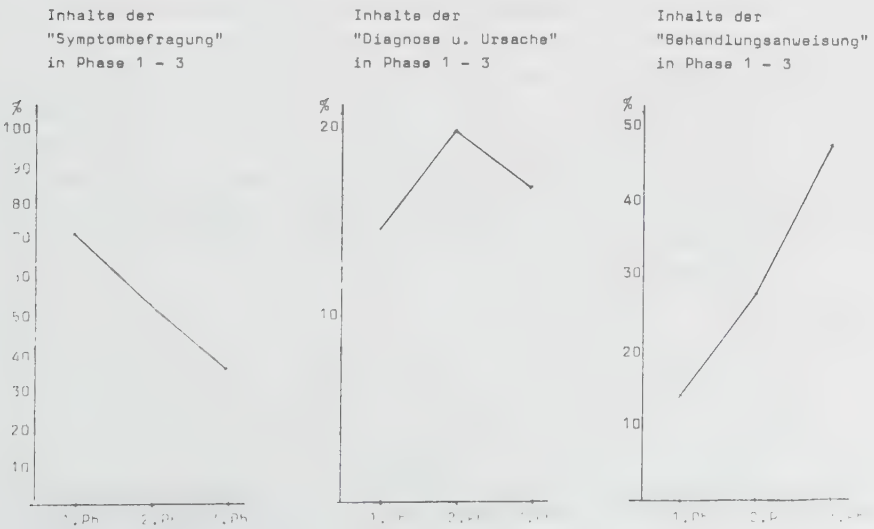


Diagramm 7 Prozentuale Verteilung von Konsultationsgesprächen mit Äußerungen zu den Inhaltsbereichen "Symptombefragung","Diagnose und Ursache" und "Behandlungsanweisung"



oder Instruktionen vermittelt werden, deren Wichtigkeit zu betonen und (c) die Patienten aufschreiben zu lassen, was ihnen mitgeteilt wurde (LEY, 1971). LEY hat jedoch bewiesen, daß der letztgenannte Punkt für das Erinnern ohne Bedeutung ist (LEY, 1972). Übertragen auf die ärztliche Praxis in Ländern der Dritten Welt, ist dieser Vorschlag wegen der dort üblichen hohen Rate an Analphabeten nicht praktikabel. Viel wichtiger scheint zu sein, Informationen konkret, kurz und en bloc zu liefern, denen eine Einleitung aus den Überschriften der Hauptthemen vorausgesetzt wird, wie "Ich werde Ihnen jetzt sagen, was mit Ihnen nicht in Ordnung ist.. wie Ihre Behandlung aussehen wird..., was Sie tun müssen, um.. Danach werden Einzelinformationen zu diesen Überschriften gegeben. Die so vorgenommene kategoriale Organisation der

Informationen erleichtert das Erinnern. Wenn dann noch die wichtigen Informationen zusätzlich hervorgehoben werden, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit des Erinnerns dieser Informationen, obwohl auch damit das Problem des generellen Vergessens nicht ausgeschaltet ist.

Bei 281 Patienten unserer Patientenpopulation wurde durch Vergleich der Konsultationsaufzeichnungen mit den Patienteninterviews festgestellt, wieviel Informationen die Ärzte ihren Patienten bezüglich der Untersuchung und der Behandlung gegeben haben bzw. wieviel Informationen die Patienten erinnerten (SRIPRAPHAI, 1979). Durchschnittlich erinnerten die Patienten 57 % der Untersuchungsinformationen [1)] und 43 % der Verhaltens- und Behandlungsratschläge [2)]. Die relative Informationsmenge, die erinnert wird, nimmt mit steigender Informationsmenge ab.

---

1) erhaltene Informationen: $\bar{X}$ = 2.43; davon erinnert: $\bar{X}$ = 1.39
2) erhaltene Informationen: $\bar{X}$ = 6.08; davon erinnert: $\bar{X}$ = 2.85

durchschnittliche Anzahl von vermittelten Informationen	2.8	4.6	7.4	10.0	12.4
durchschnittlich erinnerte Informationen	1.8	2.7	3.6	4.0	4.8
prozentualer Anteil erinnerter Informationen	64.3	58.7	48.7	40.0	38.7

Bei größerer Informationsmenge erhält das Beachten der Vorschläge von LEY zunehmend Bedeutung. Die damit erzielte Verbesserung des Erinnerns hat folgendes Ausmaß: Die Menge der erinnerten Informationseinheiten erhöht sich von 3.6 auf 4.7, bzw. von 6.5 auf 9.2 Einheiten (LEY, 1972).

Das Erinnerungsvermögen des Menschen ist begrenzt. Seine Kapazität erhöht sich durch Strukturierung und Ordnung des Informationsmaterials. Diesen Erkenntnissen wird aber nur selten Rechnung getragen. Aus den zitierten Arbeiten und gleichermaßen aus dem vorliegenden Material wird ersichtlich, daß bei Ärzten ein großer Mangel an didaktischen Fähigkeiten und an Strukturierungsfähigkeiten besteht.

3.5.2 Die Gesprächsstruktur bei Erst- und Folgepatienten

Die Ergebnisse der einzelnen Variablen (Kap. 3.4.2, S. beweisen einen signifikanten Einfluß der Besuchshäufigkeit von Patienten auf die Konsultationsgespräche. Die Bildung von Phasen entspricht einer Clusterung dieser Variablen. Deshalb nehmen wir an, daß sich auch die Gesprächsstruktur der Erstpatienten-Stichprobe signifikant von der Folgepatientenstichprobe unterscheiden wird. Wir vermuten, daß die inhaltliche Verteilung in den Phasen bei den Folgepatienten weniger Informationen im Bereich 'Anamnese und Symptombefragung' aufweisen als bei Erstpatienten, denn die Ärzte besitzen hierzu bereits Kenntnisse von den Folgepatienten. Für Phase 2 und 3 gibt es zwei Annahmen, die etwa gleich wahrscheinlich sind. Die eine besagt, daß aufgrund der Relevanz der Diagnosekenntnis und der Behandlungsanweisungen und Ratschläge keine Unterschiede zwischen den Gruppen auftreten sollten. Als Alternative nehmen wir an, daß die Erstpatienten generell ausführlicher in diesen Phasen informiert werden müssen, wogegen der Arzt die Folgepatienten vermutlich in der vorangegangenen Sprechstunde ausführlich aufgeklärt hat und wir damit bessere Kenntnisse beim Patienten voraussetzen können.

Um diese Annahme zu überprüfen, verglichen wir mit t-Test die Mittelwerte der Inhaltsbereiche der drei Phasen bei Erst- und Folgepatienten und geben in Tabelle 27 + 28, S. 187, die Ergebnisse wieder. Sie zeigen, daß mit Erstpatienten bezüglich 'Anamnese und Symptombefragung' in allen drei Phasen signifikant länger, häufiger und ausführlicher interagiert wird als mit Folgepatienten [1]. Außer in Phase 1 werden Erstpatienten auch bezüglich der 'Diagnose und Ursache' signifikant mehr informiert als Folgepatienten, was eher die zweite Annahme unterstützt. Auch die signifikanten Differenzen in der dritten Phase bezüglich der 'Behandlungshinweise' unterstützen die alternative Annahme.

---

1) Ausführlichkeit ist die Textlänge pro Inhalt.

Tabelle 27 Gesprächsinhalte und ihre Verteilung auf Phasen bei männlichen und weiblichen Erst- und Folgepatienten

	PHASE / GESPRÄCHSINHALT 1/1	1/2	1/3	2/1	2/2	2/3	3/1	3/2	3/3
TEXTLÄNGE									
Gesamtsample	33.84	7.81	6.98	6.44	3.09	4.36	13.85	9.05	27.44
Erstpatienten	40.91	8.14	5.86	7.75	3.82	4.35	15.13	10.38	29.41
Folgepatienten	25.93	7.34	7.83	4.88	2.54	4.32	11.30	7.88	25.14
Erstptn. männl.	43.63	8.81	5.92	8.59	4.02	4.71	15.78	11.06	30.84
Erstptn. weibl.	46.33	8.99	6.55	8.78	4.62	4.76	16.69	11.33	31.81
Folgeptn.männl.	24.18	6.98	7.17	4.84	2.32	3.78	10.79	7.17	23.60
Folgeptn.weibl.	31.72	8.75	9.71	5.80	3.14	5.52	13.46	9.94	30.02
HÄUFIGKEIT									
Gesamtsample	9.07	1.36	1.16	1.57	0.51	0.65	3.28	1.31	4.16
Erstpatienten	10.76	1.49	0.93	1.86	0.63	0.66	3.54	1.48	4.37
Folgepatienten	7.19	1.24	1.42	1.19	0.42	0.67	2.89	1.23	4.06
Erstptn. männl.	11.28	1.68	0.97	2.01	0.69	0.70	3.56	1.61	4.48
Erstptn. weibl.	12.15	1.55	0.99	2.15	0.73	0.70	3.90	1.60	4.75
Folgeptn.männl.	6.93	1.20	1.32	1.24	0.42	0.60	2.83	1.18	3.85
Folgeptn.weibl.	8.44	1.47	1.64	1.39	0.51	0.83	3.33	1.45	4.65
AUSFÜHRLICHKEIT									
Gesamtsample	3.34	2.41	2.20	2.33	1.59	2.12	3.48	3.68	5.60
Erstpatienten	3.50	2.49	2.07	2.63	1.85	2.03	3.54	4.18	5.86
Folgepatienten	3.16	2.30	2.23	1.99	1.39	2.05	3.20	3.13	5.02
Erstptn. männl.	3.61	2.53	2.00	2.82	1.74	1.99	3.76	4.40	6.07
Erstptn. weibl.	3.58	2.81	2.35	2.76	2.24	2.33	3.68	4.48	5.92
Folgeptn.männl.	3.04	1.98	2.28	1.77	1.18	2.01	3.05	2.89	4.78
Folgeptn.weibl.	3.44	2.88	2.59	2.44	1.73	2.42	3.57	3.76	5.59

Tabelle 28 Verteilung signifikanter Mittelwertsdifferenzen von Gesprächsinhalten

PHASE GESPRÄCHSINHALT	TEXTLÄNGE m+w E-F	m E-F	w E-F	m-w E	m-w F	AUFTRETENSHÄUFIGKEIT m+w E-F	m E-F	w E-F	m-w E	m-w F	AUSFÜHRLICHKEIT m+w E-F	m E-F	w E-F	m-w E	m-w F
1 Anamnese, Symptombefrag.	**	**	**		**	**	**	**		**	**	**			**
2 Diagnose, Ursache						*	**					*			**
3 Behandlung			**		*	**	*	**							
1 Anamnese, Symptombefrag.	**	**	**			**	**	**			**	**			**
2 Diagnose, Ursache	**	**	*			**	**	*			**	*		*	*
3 Behandlung					*					*					
1 Anamnese, Symptombefrag.	**	**	**		*	**	**	*		*	**	**			*
2 Diagnose, Ursache	**	**			*	**	**				**	**			*
3 Behandlung	**	**			**		*			*	**	**			**

Prüfung der Mittelwertsdifferenzen mit t-Test: signifikant auf 5 % - Niveau *
signifikant auf 1 % - Niveau **

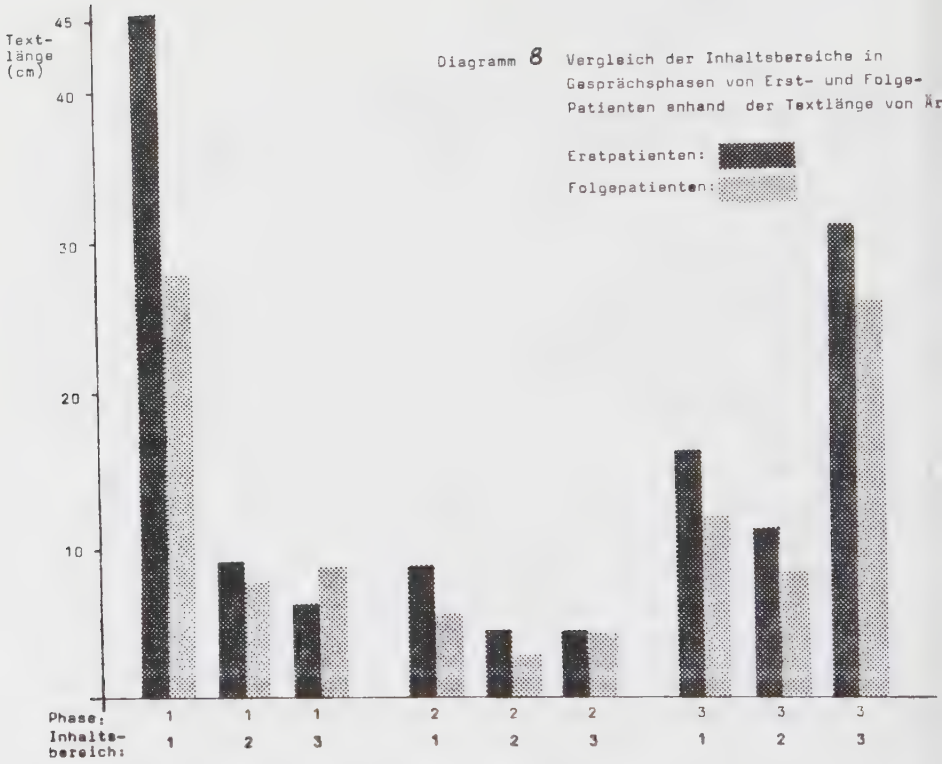


Diagramm 8 Vergleich der Inhaltsbereiche in Gesprächsphasen von Erst- und Folge-Patienten anhand der Textlänge von Ä

Wenn man aber den Gesamtverlauf des Gesprächs betrachtet, ist die Bedeutung der letzten Aussage infrage gestellt. Da der Arzt den Folgepatienten zu 'Anamnese und Symptom-befragung' erheblich weniger befragt, was zum überwiegenden Teil zu Beginn eines Konsultationsgesprächs geschieht, werden die Inhalte zur 'Behandlung' von den Ärzten auch früher aufgegriffen, also vermehrt bereits in Phase 1 (Vergl. Tab. 27, S. 187, Erstpatienten, Folgepatienten). Die graphische Darstellung des Diagramms 8 (oben) soll diese Verteilung verdeutlichen.

Die Stichproben der Erstpatienten und der Folgepatienten wie auch die Gesamtstichprobe wurden ebenfalls hinsichtlich der durchschnittlichen Textlänge für die verschiedenen Inhaltsbereiche pro Phase verglichen und in den Diagrammen 3 bis 5, S. 178 - 179 graphisch dargestellt. In Diagramm 3 heben sich die durchschnittlichen Textlängen für 'Symptombefragung /Anamnese' in Phase 1 und 'Behandlungshinweise' in Phase 3 der Erstpatienten deutlich ab von den durchschnittlichen Textlängen der Folgepatienten. Die Darstellung der Ausführlichkeit, mit der die verschiedenen Inhaltsbereiche in den Phasen auftreten - Diagramm 5 - vermittelt anschaulich, daß die Ärzte vor allem in Phase 3 besonderes Gewicht auf die Ausführungen zur Behandlung legen, vergleichsweise damit auch weit ausführlicher sind als mit der Symptombefragung, bei der sie zwar generell häufig fragen oder etwas bemerken, das aber nur kurz. Bei den Behandlungshinweisen ist das Verhältnis umgekehrt. Unter dem Aspekt der Gesprächsstruktur betrachtet, entspricht diese Verteilung der Funktion von Ärzten in der Konsultation. Sie sollen die Patienten veranlassen, in der ersten Phase Informationen zu geben, ihre Informationserhebung durch Fragen zu steuern, doch nicht zu dominieren. In den folgenden Phasen geben die Ärzte dann Informationen an die Patienten. Erklärungen und Ratschläge veranlassen sie, nun länger und ausführlicher zu sprechen als die Patienten.

Die Überprüfung der Stichprobe auf signifikante Mittelwertsunterschiede bezüglich des Geschlechts der Patienten ergab fast identische Ergebnisse für männliche (Erst- und Folge-) Patienten mit der Gesamtgruppe (s. Tabelle 28, S. 187), aber auch viele Übereinstimmungen der weiblichen (Erst- und Folge-) Patienten mit der Gesamtstichprobe, was Textlänge und Auftretenshäufigkeit von Inhalten angeht [1]. Erst- und Folgepatienten, nach Geschlecht stratifiziert, weisen starke

---

1) Vgl. Tab. 28, S. 187, Spalte m/E-F mit Spalte m+w/E-F und w/E-F mit m+w/E-F

Unterschiede auf. Mit Erstpatienten werden mehr Informationen ausgetauscht als mit Folgepatienten, mit Ausnahme der Informationen zur Behandlung, die die Folgepatienten in Phase 1 in größerem Ausmaß erhalten. Eine weitere Ausnahme besteht zwischen weiblichen Erst- und Folgepatienten: bei beiden Gruppen läuft die Interaktion gleich ausführlich ab, wenn auch die Häufigkeit, mit der Inhalte angesprochen werden, und ihre Textlänge bei Folgepatienten kleiner ist.

Die Gespräche mit Erstpatienten weisen in Abhängigkeit vom Geschlecht der Patienten keine signifikanten Unterschiede auf [1], obwohl - wie zuvor schon zu sehen war - Ärzte mit weiblichen Erstpatienten längere Gespräche führen als mit männlichen. Diese bei den Erstpatienten nur angedeutete Differenz ist in Gesprächen mit männlichen und weiblichen Folgepatienten bereits signifikant. Mit männlichen Folgepatienten werden extrem wenig Informationen ausgetauscht.

Wir stellten bereits die Differenzen im Äußerungsverhalten der Interaktionspartner in Konsultationsgesprächen dar (s. Tabelle 4, S. 118). Dabei finden wir, daß das Äußerungsverhalten zwischen männlichen und weiblichen Folgepatienten stärker variiert als zwischen männlichen und weiblichen Erstpatienten. Das gleiche gilt für die Ärzte. Eine zusätzliche Einflußgröße scheint hier eine Rolle zu spielen; diese könnte die Berufszugehörigkeit sein.

Die Verteilung der Patienten nach Berufen und Besuchshäufigkeit im Krankenhaus (s. Tab. A43, Anhang 3.4, S. 60) läßt eine vorläufige Erklärung zu. Ihr zufolge suchten 63 % der Patienten zum ersten Mal während der letzten 12 Monate das Krankenhaus auf (Erstpatienten), 42.5 % Männer und 57.5 % Frauen. Im Gegensatz hierzu setzen sich die Folgepatienten zu 51.4 % aus Männern und 48.6 % aus Frauen zusammen.

---

1) Vgl. Tab. 28, S. 187, Spalte m-w/E

Die Frauen sind in der Gruppe der Erstpatienten überrepräsentiert, die Männer in der Gruppe der Folgepatienten, wenn man die Grundverteilung der insgesamt N=1081 Patienten zum Vergleich nimmt (46 % Männer und 54 % Frauen). Außerdem sind Berufsgruppen, mit denen Ärzte zum Teil sogar bedeutend weniger kommunizieren, bei den Folgepatienten stärker vertreten als dies, von der Basiswahrscheinlichkeit her gesehen, sein sollte. Statt durchschnittlich mit 37 % befinden sich die Mönche mit 54 % und Brüoarbeiter mit 55 % in der Gruppe der Folgepatienten vertreten. Beides sind Berufsgruppen mit geringem Informationsaustausch. Dagegen sind Berufsgruppen, mit denen Ärzte zum Teil signifikant mehr kommunizieren, bei den Erstpatienten überrepräsentiert; das sind Lehrer und Studenten mit 70 % und Angestellte mit 73 %.

Die ungleiche Verteilung der Berufe in den Stichproben der Erst- und Folgepatienten läßt den Schluß zu, daß Mönche und Büroarbeiter häufiger krank sind und öfter das Krankenhaus aufsuchen als Lehrer, Studenten und Angestellte. Hier hat die Altersverteilung einen maßgeblichen Einfluß. Lehrer und Studenten sind durchschnittlich jünger als die Mönche, und - da die Anfälligkeit gegenüber Erkrankungen mit dem Alter zunimmt - sind sie weniger häufig erkrankt.

Eine Varianzanalyse mit Erstpatienten, bei der die unabhängigen Variablen Geschlecht und Beruf, und die abhängigen Variablen die phasenbezogenen Inhalte sind, zeigt dann auch, daß die Variable Beruf den größeren Einfluß hat. Signifikante Unterschiede wurden, wo sie auftraten, fast immer durch die Variable Beruf hervorgerufen. Wechselwirkungen traten kaum auf.

Der Vergleich der dritten Phase von Erst- und Folgepatienten bezüglich der Inhalte zur Behandlung erbrachte signifikante Unterschiede zwischen männlichen Erst- und Folgepatienten, nicht aber zwischen weiblichen Erst- und [1)]

1) Vgl. Tab. 28, S. 187, Spalte m/E-F und w/E-F.

Folgepatienten. Im Gespräch mit männlichen Folgepatienten verhalten sich Ärzte wie erwartet zurückhaltender in der Menge ihrer Äußerungen. Männliche Erstpatienten werden signifikant mehr informiert, auch was die Inhaltsbereiche 'Anamnese und Symptombefragung' und 'Diagnose und Ursache' in allen drei Gesprächsphasen anbelangt. Weiblichen Patienten gegenüber ist kein merklicher Unterschied feststellbar.

Die Ergebnisse der Mittelwertsvergleiche von Erst- und Folgepatienten bezüglich der Gesprächsstruktur bestätigen weitgehend die bereits zuvor geäußerte Vermutung, daß es sich bei Erst- und Folgepatienten hinsichtlich der ärztlichen Gesprächsführung um zwei unterschiedliche Populationen handelt. Wir fanden dies bereits im vorangehenden Kapitel und zogen daraus die Konsequenz, uns bei der Darstellung der weiteren Ergebnisse primär auf die Erstpatienten zu beschränken. Eine ausführliche Übersicht über die Ergebnisse der Vergleiche für Äußerungshäufigkeit, Textlänge und Ausführlichkeit befindet sich im Anhang 3.5, Tab. A48-A61, S. 66-79).

Die folgende Tabellen (Tab. 29 + 30, S. 193) stellen zusammenfassend die drei Meßgrößen für die Gesamtstichprobe und Erstpatienten- und Folgepatientenstichprobe dar. Hier wird deutlich, daß der Arzt im Durchschnitt zu Beginn des Gesprächs sehr oft, aber nicht allzu lange, nach 'Anamnese und Symptomatik' fragt. Bei den Inhalten 'Diagnose und Ursache' wird der Arzt einsilbig und knapp. Erst gegen Ende des Gesprächs erklärt er wieder ausführlich 'Behandlungsmaßnahmen und Ratschläge zu prophylaktischem Verhalten'. Bei Folgepatienten werden allgemein die Inhalte weniger häufig und kürzer angesprochen. Eine Ausnahme bilden Inhalte zur 'Behandlung und Prophylaxe' in Phase 1. Die Ärzte sind Folgepatienten gegenüber im Durchschnitt weniger ausführlich als gegenüber Erstpatienten.

Tabelle 29 Vergleichende Darstellung der durchschnittlichen Arztäußerungen nach Häufigkeit, Textlänge und Ausführlichkeit für einzelne Gesprächsphasen (N_{Ptn} = 2360, N_{Drs} = 60)

PHASE		INHALTSBEREICH	Äußerungshäufigkeit $\bar{x}_f$	$\bar{x}_f$	Textlänge der Äußerungen $\bar{x}_{cm}$	$\bar{x}_{cm}$	Ausführlichkeit der Äußerung $\bar{x}_{cm/f}$
1	1	Anamnese	9.07		33.84		3.34
	2	Diagnose u. Ursache	1.36		7.82		2.41
				11.59		48.64	
	3	Behandlung u. Vorsorge	1.16		6.98		2.20
2	1	Anamnese	1.57		6.44		2.33
	2	Diagnose u. Ursache	0.51		3.09		1.59
				2.73		13.89	
	3	Behandlung u. Vorsorge	0.65		4.36		2.12
3	1	Anamnese	3.28		13.85		3.48
	2	Diagnose u. Ursache	1.31		9.05		3.68
				8.75		50.34	
	3	Behandlung u. Vorsorge	4.16		27.44		5.60
$\Sigma \bar{x}$		Anamese	13.92		54.13		
$\Sigma \bar{x}$		Diagnose u. Ursache	3.18		19.96		
				23.07		112.87	
$\Sigma \bar{x}$		Behandlung u. Vorsorge	5.97		38.78		

Tabelle 30 Vergleichende Darstellung der durchschnittlichen Arzt-Äußerungen nach Häufigkeit, Textlänge und Ausführlichkeit für einzelne Gesprächsphasen bei Erstpatienten (N = 908) und Folgepatienten (N=694)

PHASE		INHALTSBEREICH	ERSTPATIENTEN [1] Äußerungshäufigkeit	Textlänge	Ausführlichkeit	FOLGEPATIENTEN [1] Äußerungshäufigkeit	Textlänge	Ausführlichkeit
1	1	Anamnese	11.76	45.11	3.59	7.61	27.60	3.22
	2	Diagnose u. Ursache	1.61	8.91	2.68	1.32	7.78	2.39
	3	Behandlung u. Vorsorge	0.98	6.26	2.19	1.47	8.32	2.42
2	1	Anamnese	2.09	8.69	2.79	1.31	5.27	2.07
	2	Diagnose u. Ursache	0.71	4.35	2.01	0.46	2.69	1.43
	3	Behandlung u. Vorsorge	0.70	4.74	2.18	0.70	4.57	2.20
3	1	Anamnese	3.75	16.28	3.72	3.06	11.99	3.29
	2	Diagnose u. Ursache	1.60	11.21	4.44	1.30	8.43	3.29
	3	Behandlung u. Vorsorge	4.63	31.37	5.99	4.22	26.51	5.14

3.5.3 Die Gesprächsstruktur bei Patienten unterschiedlicher Symptomatik

Die Patienten ließen sich nach ihren Symptomen auf der Dimension organische - psychische Krankheitsursachen in vier Kategorien einteilen. Wir nahmen bei dieser Einteilung an, daß sich Ärzte in ihren Äußerungen bei der Anamneseerhebung und Diagnosefindung psychisch Erkrankten gegenüber anders verhalten als gegenüber Patienten mit Organleiden. Diese Annahme betrifft auch die informative Seite der Äußerungen.

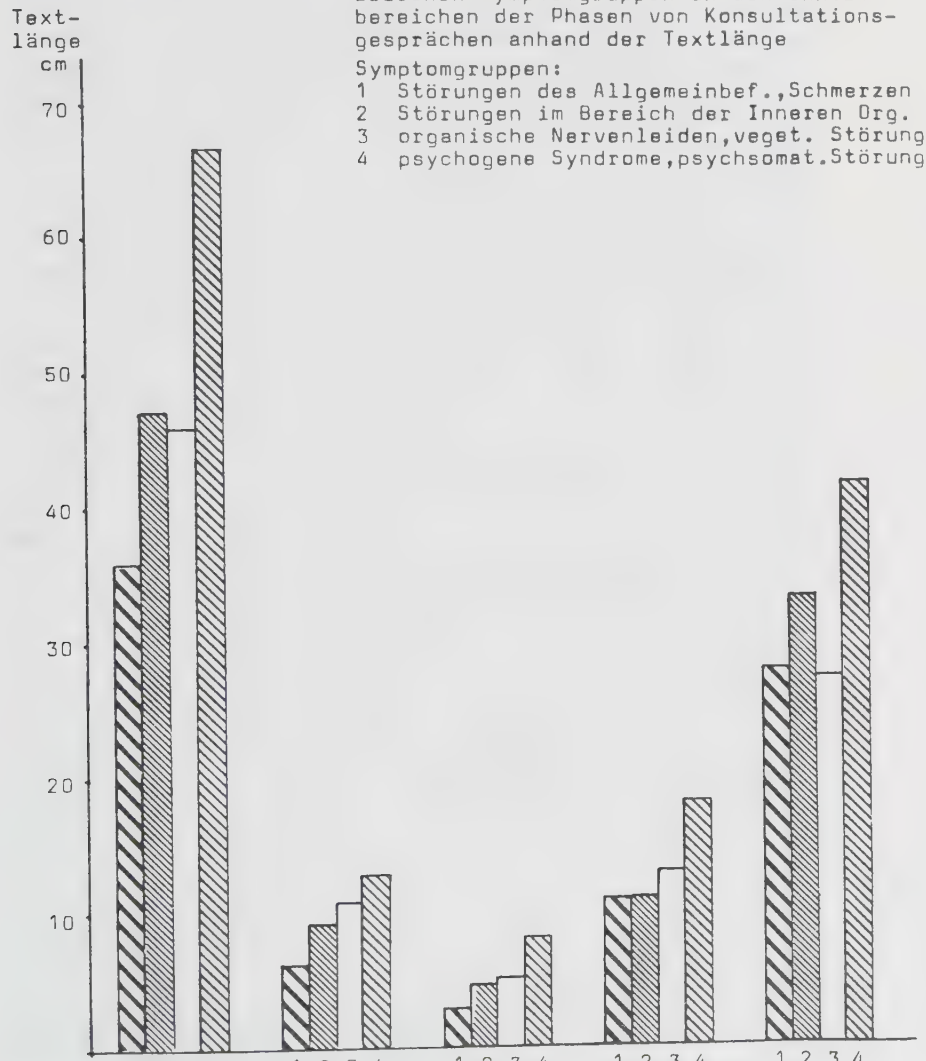
Wunden durch Unfälle oder Hundebisse, Abszesse oder auch organisch bedingte Störungen lassen sich leichter diagnostizieren als psychisch bedingte Störungen und erfordern vom Arzt weniger Aufwand bei der Anamnese. Psychisch bedingte Störungen benötigen mehr Erklärungen und mehr Aufklärung, was Erkrankung und Behandlung angeht als organisch bedingte Störungen, die der Patient leichter versteht. Eine einfaktorielle Varianzanalyse führte zu folgenden Ergebnissen (s. auch Tab. A62-A73 im Anhang 3.5, S. 80 ff):

Bei hochsignifikanten F-Werten zeigt der Multiple Range Test von SCHEFFE signifikante Mittelwertsdifferenzen zwischen Symptomgruppe 4 und Symptomgruppe 1 und/oder Symptomgruppe 2, und zwar für 'Symptombefragung' in Phase 1, 'Symptombefragung' und 'Diagnosenennung' in Phase 2 und 'Diagnosenennung' und 'Behandlungshinweise' in Phase 3. Diese Ergebnisse bestätigen durch Textlänge und durch die Häufigkeit, mit der diese Inhalte angesprochen werden, Richtung und Inhalt unserer Annahme: Psychogene Störungen zwingen den Arzt zu mehr Interaktion und Information (s. auch graphische Darstellung der signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen Symptomgruppen, Diagramm 9, S. 195). Darüberhinaus wird deutlich, daß Patienten mit organischen Nervenleiden (Symptomgruppe 3) genauso wenig Informationen bezüglich der Behandlung erhalten wie Patienten mit Störungen des Allgemeinbefindens (Symptomgruppe 1).

Diagramm 9:

Graphische Darstellung der signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen Symptomgruppen in den Inhaltsbereichen der Phasen von Konsultationsgesprächen anhand der Textlänge

Symptomgruppen:
1 Störungen des Allgemeinbef.,Schmerzen
2 Störungen im Bereich der Inneren Org.
3 organische Nervenleiden,veget. Störung.
4 psychogene Syndrome,psychsomat.Störung.



Symptomgruppe	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Phase	1				2				2				3			
Inhaltsbereich	1				1				2				2			
signif.f-Test	**				**				**				**			
signif.Mittelwertsdiff. zw. Symptomgruppen	1,2-4 3 - 4				1 - 4				1,2 - 4				1,2 - 4			
													3			
													3			
													*			
													1,3 - 4			

Die Ergebnisse zum Austausch von Informationen vonseiten der Ärzte zeigen durchgängig den größten Informationsfluß bei Patienten, die der Gruppe mit psychogenen Syndromen und psychosomatischen Störungen (S4) zugerechnet wurden. Die wenigsten Informationen werden bei Störungen des Allgemeinbefindens (S 1) ausgetauscht. Wir stellen uns hier die Frage, ob Ärzte im allgemeinen die Störungen des Allgemeinbefindens als so lapidar betrachten, daß sie weder bei der Anamneseerhebung und Symptombefragung, noch bezüglich der anderen Inhalte ausführlich werden. Oder braucht man diese Krankheitsbilder so wenig ernst zu nehmen? Wir können das nicht beurteilen, auch nicht ob die minimalen Behandlungshinweise für diese Patienten ausreichen. Patienten mit organogenen Erkrankungen werden von den Ärzten im Durchschnitt ausführlicher befragt und informiert. Wird diesen Erscheinungsbildern mehr Bedeutung beigemessen, oder sind hier die Ärzte in ihrem eigentlichen Interessenbereich tätig?
In der täglichen Routine laufen die Befragung der Symptome und die Behandlungsanweisungen und Verhaltensratschläge halbautomatisch und mit geübter Sicherheit ab. Vermutlich hat diese Sicherheit auch einen negativen Effekt: Die Behandlungshinweise, die in Phase 3 vermehrt erwartet werden können, fallen dort relativ kurz aus. Sie zeigen an, daß auf diesen Aspekt des ärztlichen Konsultationsgesprächs zu wenig Gewicht gelegt wird.

3.5.4 Zusammenfassung

Wir versuchten in den letzten Kapiteln, anhand der Daten die Richtigkeit unserer Annahme zu verdeutlichen, nämlich daß das Arzt-Patient-Gespräch eine Phasenstruktur besitzt. Wenn diese Annahme auch evident erscheint und aufgrund ihrer logischen Offensichtlichkeit fast banal wirkt, so war doch noch zu prüfen, ob und wie die für den Durchschnitt der Gesamtstichprobe gefundenen Werte im Einzelgespräch repräsentiert sind. Die durchschnittlichen Werte besagen, daß man 47 % aller Inhalte der Konsultationsgespräche der Phase 1 (Symptombefragung/Anamnese), 17 % der Phase 2 (Diagnose und Ursachen) und 36 % der Phase 3 (Behandlung und Prophylaxe) zurechnen kann. Abweichungen hiervon stehen primär im Zusammenhang mit den Charakteristiken der Patienten und der Ärzte. So machten wir bereits darauf aufmerksam, daß bei Erstbesuchern eine stärkere Betonung des Bereichs der Variablen 1- 7 auftritt, also der Symptombefragung und des anmneseerhebenden Bereichs. Bei Folgepatienten wird dagegen der Bereich der Variablen 13-18, das sind Behandlungshinweise und Ratschläge, stärker betont. Daß dabei auch die Symptome eine Rolle spielen leuchtet ein. Symptome beispielsweise, die nicht klar und eindeutig ausgeprägt sind, bedürfen einer stärkeren Konzentrierung des Arztes bei der Anamneseerhebung. Meist folgt in diesen Fällen eine verstärkte therapeutische Beratung. An der Spitze liegen psychogene Syndrome und psychosomatische Störungen. Bei Patienten, deren Erkrankung auf organische Störungen zurückgeführt werden kann, werden die Inhaltsbereiche der Phasen weniger stark angesprochen.

Neben diesen - vonseiten der Patienten bedingten Variationen in der Grobstruktur des Phasenablaufs - vermuten wir zusätzlich individuelle Variationen, die vonseiten des Arztes kommen. Wir haben deshalb das Ziel, Indices zu erstellen, die sowohl der durch die Patienten bedingten Variation

Rechnung tragen als auch der individuellen Verhaltensweise des Arztes. Sie sollen widerspiegeln, ob sich der Arzt seinen Patienten gegenüber erwartungsgemäß verhält oder ob er davon abweicht, wobei sich die Erwartungen auf die Phasenstruktur beziehen und nicht auf eine Evaluation seiner medizinischen Leistung.

Wie BALES (1955) nehmen auch wir drei Phasen an, die sich der Aufgabenstellung im Arzt-Patient-Gespräch entsprechend mit der Informationssammlung in der ersten Phase befassen (Symptombefragung und Anamnese), in der zweiten mit der Bewertung der Information (Diagnose und Ursachen) und in der dritten eine Entscheidung zur Lösung des Problems (Behandlungsanweisung und Behandlungsratschläge) bringen. Wir orientierten uns bei diesem Vorgehen bewußt an den Äußerungen des Arztes. Zwar hat der Patient einen Einfluß auf das Geschehen und den Entscheidungsprozeß insgesamt -aufgrund seiner Symptome, seines Alters, Geschlechts und Berufs und vermutlich auch seines Interaktionsstils - doch lassen sich besonders die Feinheiten des Patienten-Interaktionsstils wegen der Kürze des Gesprächs kaum erfassen und nicht feststellen in einer quantiativen Analyse, wie sie hier vorliegt. Vielmehr bleibt der Arzt und sein Verhalten im Gespräch mit seinen Patienten die zentrale Einheit. Die durchgeführten Berechnungen ließen einen groben Vergleich ärztlicher Gesprächsführung zu. Ein feineres Maß, wie wir es für eine detaillierte Analyse des Einzelgespräches benötigen, erhoffen wir uns aus der Konstruktion eines Abweichungsindices, der auf der Basis der einzelnen Interaktionseinheiten beruht und den wir im nächsten Kapitel beschreiben. Eine Vorarbeit hierzu wird in der Feststellung der Aufeinanderfolge von Inhalten, d.h. ihrer Reihenfolge im Konsultationsgespräch geleistet.

Neben der strukturellen Bedeutung besitzen die Phasen auch einen handlungsrelevanten Aspekt. Der Informationsaustausch vom Patienten zum Arzt zielt in der ersten Phase des

Konsultationsgesprächs darauf hin, Probleme, Nöte, Gefühle und Schwächen des Erkrankten aufzudecken. Die Idealforderung für diese Phase wäre, Patienten dazu zu veranlassen, außer der Symptombeschreibung auch Probleme und Nöte dem Arzt zu offenbaren. Dieser könnte dann erfahren, was die Patienten bezüglich ihrer Gesundheit und ihrer Behandlung erwarten. Wenn der Arzt es versäumt, auf die Probleme des Patienten einzugehen und ihn ungenügend informiert, führt das häufig zu einem frühzeitigen Abbruch der Behandlung durch den in seinen Erwartungen enttäuschten Patienten (FRANCIS et al., 1969; KORSCH et al., 1968, ZOLA, 1973).

Die zweite Phase der Übermittlung von Informationen zur Diagnose und den Ursachen weist den Arzt als den Experten aus, der sein Wissen zum Wohl des Patienten einsetzen soll. Die Patienten sollen dabei motiviert werden, dem Arzt zu vertrauen und später die unangenehmeren Seiten einer Behandlung zu akzeptieren.

Die Informationen zur Behandlung werden in der dritten Phase vermittelt. Auf der Grundlage eines Vertrauensverhältnisses werden dem Patienten die genauen Informationen gegeben, die notwendig sind, potentielle Unbequemlichkeiten, Schwierigkeiten und zukünftige Probleme zu sehen und mit Hilfe des Arztes zu verarbeiten. Zweifel und unbegründete Ängste können auf diese Weise von vornherein vermieden werden. Eine adäquate Planung soll damit auch dem Patienten ermöglicht werden. Am Ende dieser Phase muß es dem Arzt ebenfalls gelungen sein, den Patienten zu überzeugen und zu motivieren, wiederholt in die Behandlung zu kommen bzw. über längere Zeit die verschriebenen Medikamente regelmäßig und pünktlich einzunehmen. Der Aufbau von Mechanismen zur Selbstkontrolle und die Überzeugung einer positiven Einstellung des Arztes zu ihm sollen in dieser Phase für den Patienten eine Langzeitwirkung erzielen.

Wir verweisen hier auf unsere Beispiele von Konsultationsgesprächen in den nächsten Kapiteln, die wir unter Berücksichtigung dieser Phasen interpretieren.

3.6 SEQUENZANALYSE VON KONSULTATIONSGESPRÄCHEN: DIE AUFEINANDERFOLGE VON INHALTEN IM KONSULTATIONSGESPRÄCH

Jede Reihenfolge besteht aus einzelnen Elementen. Elemente in der Reihenfolge, die das Konsultationsgespräch bildet, sind die Inhalte, wie sie in der beschriebenen Weise nach 18 Kategorien kodiert worden waren (s. S.101). Elemente einer Reihe (A,B,C) können - wenn nicht Annahmen über Reihenfolge und Stellenwert der einzelnen Elemente gemacht werden - beliebig häufig und an beliebiger Stelle der Reihenfolge auftreten. Im Falle konkreter Entscheidungsprozesse müssen jedoch solche Annahmen gemacht werden, da einzelne Elemente durch andere Elemente bedingt werden können und sich dadurch ihr Platz in der Reihenfolge bestimmt. So gilt für Entscheidungsprozesse, daß minimale Vorkenntnisse erforderlich sind, um eine Entscheidung zu fällen. Für das Arzt-Patient-Gespräch bedeutet dies beispielsweise, daß man eine Diagnose nicht ohne Kenntnis der Symptome stellen kann. Die Abfolge der Gesprächsinhalte müßte demnach erst Fragen nach dem Erscheinungsbild der Erkrankung aufweisen, bevor Medizin verschrieben wird. Die Inhalte zur Anamnese gehen der Beratung in der Regel voraus.

Ein Konsultationsgespräch läßt sich - wie bereits erwähnt - als Reihe mit n Elementen auffassen. Als erstes können wir eine logische Reihenfolge (A) des Arzt-Patient-Gesprächs annehmen, in der die 18 Elemente in der Folge ihrer Numerieru stehen. In Tabelle 2, S. 116, sind diese Elemente benannt und ihre durchschnittliche Verwendung pro Gespräch, die zwischen 1.33 und 22.59 schwankt, angegeben. Die durchschnittliche Reihenfolge umfaßt 23.62 Stellen mit einer Streuung von 18.95. Verwendungshäufigkeit und Streuung zeigen daß einzelne Elemente wiederholt auftreten müssen, andere dagegen ausfallen können. Diese Zahlen beziehen sich auf die durchschnittliche Reihenfolge (S) aus 2360 Konsultationsgesprächen, von der die individuelle Reihenfolge (I)

des einzelnen Konsultationsgesprächs abweicht, sowohl in der Länge, d.h. in der Anzahl der Stellen, als auch in der Anordnung der Elemente und in der Häufigkeit ihrer Verwendung.

Die Aufeinanderfolge der Elemente und der Gesprächsinhalte stellen wir in Tabelle 31, S. 203, dar, wobei wir ihren Stellenwert im Gesprächsverlauf nicht berücksichtigen, da dieser auf A bezogen durch die Kodierungsnummern bereits festgelegt ist. Tabelle 32, S. 204, gibt die der Tabelle 31 zugehörigen Prozentwerte wieder. Die Diagonalen dieser Tabellen zeigen an, wie häufig sich gleiche Inhalte folgen. In den Spalten wird angegeben, wie häufig die verschiedenen Inhalte dem im Spaltenkopf verzeichneten Inhalt folgen. Gemäß dieser Tabellen erwähnen Ärzte 805 mal (17.1 %) Untersuchungen (7), nachdem sie die Art der Symptome (2) erfragt hatten. 388 mal (8.27) informieren sie sich über Einzelheiten des akuten Symptoms (3) nach Nennung der Untersuchung. Insgesamt 25.3 % der Inhalte beziehen sich also auf Symptombefragungen, nachdem die Ärzte Untersuchungen erwähnt hatten. Die Diagnosenennung folgt mit 6% diesem Inhalt (7) und die Aussagen zu Behandlungsmaßnahmen (14) machen 5 % aus. Die Erwähnungen von Untersuchungen und Labortests ihrerseits finden sich ebenfalls recht häufig hinter anderen Inhalten, zwischen 7% und 8 % nach den verschiedenen Symptombefragungen (2,3,4) mit 6.9 % nach Inhalten zur Diagnose und mit jeweils mehr als 5 % nach Krankheitsursachen und Behandlungsmaßnahmen. 8.2 % der Inhalte, die nach administrativen Hinweisen folgen, sind ebenfalls Erwähnungen von Untersuchungen und Labortests, meist in der Bedeutung eines Hinweises, wo bzw. wann der Patient zum Röntgen, zur Blutentnahme oder ähnlichen Prozeduren gehen soll.

Begrüßung, allgemeine Fragen zum Symptom und Wohlbefinden, und Fragen zu Einzelheiten des akuten Symptoms stehen nicht nur inhaltlich sehr dicht hintereinander, sondern auch in der Reihenfolge des Gesprächs. Die mehr allgemeinen Fragen zur

Art des gegenwärtigen Symptoms oder zur gegenwärtigen Erkrankung ziehen sich dagegen durch das ganze Gespräch, was sich in den hohen Prozentzahlen der Zeile 2 ausdrückt.

Die Häufigkeitsverteilung, wie sie in den genannten Tabellen dargestellt ist, läßt erkennen, daß bestimmte Inhalte mit größerer Wahrscheinlichkeit aufeinanderfolgen als andere Inhalte. Besonders wahrscheinlich ist das bei der Aufeinanderfolge von Inhalten, wie sie in der Diagonale und den benachbarten Zellen auftreten. In diesen Zellen, die wir in Tabelle 31 besonders markierten, finden sich 51.7 % aller Inhalte wieder. Sie zeigen auch an, daß zumindest für kurze Gesprächsausschnitte (28 867 aus 55 805) die erwarteten Inhalte aufeinander folgen. Abweichungen sind in diesem Rahmen weniger gewichtig als in den Fällen, in denen der Schnittpunkt aufeinanderfolgender Inhaltskategorien in Zellen fällt, die von der Diagonale weiter entfernt sind. In diesen Zellen treten jedoch auch Werte auf, die auf eine häufige Aufeinanderfolge von "entfernten" Inhalten hinweisen. So finden sich in Zusammenhang mit der Erwähnung von Untersuchungen auch administrative Hinweise (7.8 %) oder bei Problemen der Ernährungs- und Lebensweise bestimmte Verhaltensempfehlungen (19.9 %). In diesen Fällen besteht eine größere Wahrscheinlichkeit des Auftretens, eine Modifikation also von A, die den ursprünglichen Annahmen nicht entgegensteht. Diese Modifikation führt zu einer flexibleren Betrachtung einer weniger starren Reihenfolge, zu einer Relativierung des Stellenwertes der Inhalte, die dadurch alternierend oder sich ersetzend auftreten können. Diese Überlegungen müssen sich niederschlagen in der Berechnung der in Kapitel 2.3, S. 36ff, abgeleiteten und beschriebenen Indices.

Diese Indices waren:

1. die Menge der Inhaltselemente (INHM)
2. die Häufigkeit, mit der vom angenommenen Verlauf abgewichen wurde (FABW)
3. die Summe der absoluten Abweichungsdifferenzen (SABW)
4. die Summe der gewichteten Abweichungsdifferenzen (GABW)

Tabelle 31 Die Häufigkeit der Aufeinanderfolge von Inhalten in Konsultationsgesprächen

INHALTSKATEGORIEN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	"Diagonal"-Summe
1 Begrüßung	198	115	45	12	31	203	77	53	7	10	8	16	1	119	146	30	23	316	33	
2 Befragung zur Art des Symptoms	522	5595	2341	68	435	442	805	379	96	153	86	137	15	299	266	99	68	358	143	
3 Einzelheiten zum akuten Symptoms	244	2746	2220	62	146	98	388	121	18	120	24	42	4	43	54	18	10	49	66	14516
4 andere Erkrankungen	8	78	71	188	44	23	51	45	9	15	2	4	8	19	17	6	2	16	8	
5 Information zur früh. Behandlung	73	497	286	46	1755	83	189	136	39	50	16	31	4	140	122	50	17	89	64	
6 Daten zur persönl. Situation	57	356	153	11	96	1716	176	111	21	35	69	35	10	145	176	42	42	325	64	5842
7 Erwähnung von Untersuchungen	104	975	456	48	218	148	1461	240	55	73	35	49	5	98	227	67	21	306	127	
8 Diagnosenennung	45	419	188	52	185	96	282	876	177	122	43	63	35	208	194	165	114	103	88	
9 Erklärung zur Diagnose	12	68	28	8	52	27	154	116	134	4	5	6	1	33	35	14	5	64	21	1303
10 Krankheitsursachen	47	137	158	16	29	43	57	154	12	372	18	28	2	21	20	30	39	14	9	
11 sozio-personale Verursachung	9	107	43	2	8	77	17	31	2	25	284	15	3	8	9	2	32	1	4	1314
12 Ernährung und Lebensweise	7	120	78	4	32	33	41	26	6	12	11	549	0	23	6	14	454	11	7	
13 Prognose	0	4	2	1	6	2	3	28	1	1	4	4	24	25	36	29	9	3	10	24
14 Nennung der Behandlung	28	325	104	23	216	116	131	307	72	43	17	52	19	1058	492	205	427	175	99	
15 Behandlungsmaßnahmen	37	257	97	19	146	158	237	242	35	43	7	31	29	549	892	179	67	384	107	1495
16 Erklärung zur Behandlung	5	64	29	9	68	27	80	160	23	17	8	28	21	271	207	359	57	53	97	
17 Verhaltensempfehlungen	9	98	32	4	28	52	21	163	15	60	26	285	13	152	73	72	265	23	59	
18 Administrative Hinweise	26	227	665	21	118	247	369	154	49	29	8	34	10	319	429	120	53	1354	109	1495
19 Andere Inhalte	13	117	74	9	73	49	174	103	16	22	8	25	6	79	115	82	47	103	161	161
	1444	12305	6473	603	3686	3640	4713	3455	787	1206	679	1434	202	3609	3516	1583	1453	3741	1276	28867
																				55805

Tabelle 32 Die Aufeinanderfolge von Inhalten, ausgedrückt im Prozentwert ihrer Auftretenshäufigkeit

INHALTSKATEGORIEN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. Begrüßung	13.7	0.9	0.7	2.0	0.8	5.6	1.6	1.5	0.9	0.8	1.2	1.1	0.5	3.3	4.2	1.9	1.6	8.4
2. Befragung zur Art des Symptoms	36.1	45.5	36.2	11.3	11.8	12.1	17.1	10.1	12.2	12.7	12.7	9.6	7.4	8.3	7.6	6.3	4.6	9.6
3. Einzelheiten zum akuten Symptom	16.9	22.3	34.3	10.3	4.0	2.7	8.2	3.5	2.3	9.9	3.5	2.9	2.0	1.2	1.5	1.1	0.7	1.3
4. andere Erkrankungen	0.6	0.6	1.1	31.2	1.2	0.6	1.1	1.3	1.1	1.2	0.3	0.3	0.0	0.5	0.4	0.4	0.1	0.3
5. Information z. früh. Behandlung	5.1	4.0	4.4	7.6	47.6	2.3	4.0	3.9	4.9	4.1	2.4	2.1	2.0	3.9	3.5	3.2	1.2	2.4
6. Daten zur persönl. Situation	3.9	2.9	2.4	1.8	2.6	47.0	3.7	3.2	2.7	2.9	10.2	2.4	4.9	4.0	5.0	2.6	2.9	8.7
7. Erwähnung von Untersuchungen	7.2	7.9	7.0	8.0	5.9	4.1	31.0	6.9	7.0	6.0	5.2	3.4	2.5	2.7	6.5	4.2	1.5	8.2
8. Diagnosenennung	3.1	3.4	2.9	8.6	5.0	2.6	6.0	25.3	22.5	10.1	6.3	4.4	17.3	5.8	5.5	10.4	7.9	2.7
9. Erklärung z. Diagnose	0.8	0.6	0.4	1.3	1.4	0.7	3.3	3.3	17.0	0.3	0.7	0.4	0.5	0.9	1.0	0.9	0.3	1.7
10. Krankheitsursachen	3.3	1.1	2.4	2.6	0.8	1.2	1.2	4.5	1.5	30.8	2.7	1.9	1.0	0.6	0.6	1.9	2.7	0.4
11. Sozio-personale Ursache	0.6	0.9	0.7	0.3	0.2	2.1	0.4	0.9	0.3	2.1	41.8	1.1	1.5	0.2	0.3	0.1	2.2	0.0
12. Ernährung und Lebensweise	0.5	1.0	1.2	0.7	0.9	0.9	0.9	0.7	0.8	1.0	1.6	38.3	0.0	0.6	0.2	0.9	31.5	0.3
13. Prognose	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.1	1.1	0.1	0.1	0.6	0.3	11.9	0.7	1.0	1.8	0.6	0.1
14. Nennung der Behandlung	1.9	2.6	1.6	3.8	5.9	3.2	2.8	8.9	9.1	3.6	2.5	3.6	9.4	29.3	14.0	12.9	8.8	4.7
15. Behandlungsmaßnahmen	2.6	2.1	1.5	3.2	4.0	4.3	5.0	7.0	4.4	3.6	1.0	2.2	14.4	15.2	25.3	11.3	4.6	10.3
16. Erklärung z. Behandlung	0.3	0.5	0.4	1.5	1.8	0.7	1.7	4.6	2.9	1.4	1.2	2.0	10.4	7.5	5.9	22.7	4.0	1.4
17. Verhaltensempfehlungen	0.6	0.8	0.5	0.7	0.8	1.4	0.5	4.7	1.9	5.0	3.8	19.9	6.4	4.2	2.1	4.5	18.6	0.6
18. Admin. Hinweise	1.8	1.8	1.0	3.5	3.2	6.8	7.8	4.5	6.2	2.4	1.2	2.4	5.0	8.8	12.2	7.6	3.7	36.2
Andere	0.9	0.6	1.1	1.5	2.0	1.3	3.7	3.0	2.0	1.8	1.2	1.7	3.0	2.2	3.3	5.2	3.3	2.8
SUMME	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Wir wollen die Konstruktion der Indices anhand einiger praktischer Beispiele illustrieren. Als erstes steht ein kurzes Konsultationsgespräch eines 35-jährigen Arztes mit einer 19-jährigen Schülerin. Das ganze Gespräch dauert wenig mehr als 2 Minuten. Die reine Sprechzeit der beiden ist 70 Sekunden. Die Textlänge des Gesprächs verteilt sich auf Arzt und Patient im Verhältnis 30 zu 70 % (s. Gespräch 713/28, S. 206). Sieben Inhalte wurden für den Arzt kodiert (1. Spalte). Die zweite Spalte zeigt die umkodierten Inhalte (18 Kategorien), und in der Klammer dahinter stehen die gewichteten Abweichungen. Der Arzt fragt die Schülerin zuerst nach den Symptomen, die sie ausführlich beschreibt. Unverständlicherweise fragt er aber, warum sie Schmerzen hat. Es spricht hier für die Patientin, daß sie trotzdem eine zufriedenstellende Antwort gibt. Im Normalfall wäre nur die Antwort gekommen, daß sie es nicht wisse. Auch die übernächste Frage ist unverständlich, denn wieder wird die Patientin nach einer Ursache befragt, die sie kaum wissen kann. Danach folgt plötzlich ein Behandlungshinweis, eine Verhaltensempfehlung, ohne daß eine Diagnose genannt wird oder eine Erklärung zur Erkrankung abgegeben wird. Das Gespräch ist sehr kurz, so daß die Werte für INHM und FABW sehr klein sind, auch die SABW- und GABW-Werte sind minimal.

Das nächste Gespräch findet zwischen einem etwa 39-jährigen Arzt und einem 34-jährigen Farmer statt, der wie die Schülerin Erstpatient ist. Das Gespräch dauert 6 1/2 Minuten (s. Gespräch 732/13, S. 207). Für den Arzt werden 28 Inhalte kodiert. 13mal weicht er von der hypothetischen Reihenfolge (A) ab. Die Summe der absoluten Abweichungsdifferenzen beträgt 40, die der gewichteten (in Klammer) 19. Dieses Gespräch ist dreimal so lang wie das vorangegangene und hat viermal so viel kodierte Inhalte. Dennoch ist die gewichtete Abweichungssumme nur doppelt so groß. Die Anordnung der Inhalte folgt einem logischen, konsequenten Vorgehen. Eine Diagnose wird gestellt und sogar erwähnt,

No. 713/28

Datum: 7.12.1972
Arzt: Dr. P.
Patient: weiblich, 19 J.; Schülerin

INHALTSKODIERUNG	18 Kateg.	ARZT	PATIENT
1	1	Was fehlt Ihnen?	
			Ich habe eine Magenkrankheit.
2	2	Wie ist das mit dieser Magenkrankheit?	
			Ich habe Bauchschmerzen. Es tut weh, ein dumpfes Gefühl, hier.
2	2	Warum tut es weh?	
			Ich weiß nicht. Nach dem Essen wird es h wie in Wellen und dann tut es weh. Und d muß ich zur Toilette.
5	3	Haben Sie das schon lange?	
			Es ist aber - früher waren es nur Bauch- schmerzen, nur mit diesem dumpfen Gefühl noch nicht daß ich zur Toilette muß. Seit 2 bis 3 Tagen muß ich zur Toilette.
2	2	Wieso müssen Sie auf die Toilette? ... Schmerz, heiß	
	(10)		...ja es ist heiß im Bauch... ja und im letzten Monat mußte ich mich übergeben. Da war's mir schwindlig.
41	14	... diese Krankheit, für diese Krankheit muß man Leichverdauliches essen.	
			Ja.
41	14	Nicht Schwerverdauliches essen.	
			Ja.

INHM	7
FABW	2
SABW	16
GABW	10

No. 732/13

Datum: 14.12.1972
Arzt: Dr. D.
Patient: männlich, 34 J.; Farmer

INHALTSKODIERUNG 18 Kateg.		ARZT	PATIENT
1	1	Was fehlt Ihnen?	
			Ich habe Magenschmerzen.
6	3	Wie lange schon?	
			Schon seit einem Jahr, aber nicht schlimm
5	3	Wann tritt der Schmerz gewöhnlich auf; nach dem Essen oder wenn Sie hungrig sind, oder immer?	
			Nach dem Essen. Als würde das Essen Gas erzeugen. Ich habe auch Blähungen, es tut sehr weh. Vor 2 Tagen hatte ich starke Schmerzen.
2	2	Mußten Sie sich übergeben?	
			Nein.
2	2 (2)	Haben Sie normalen Stuhlgang?	
			Manchmal habe ich Verstopfung.
61	5	Nehmen Sie zuhause irgendwelche Medizin?	
			Ja, Medizin für den Magen.
60	5	Hilft sie?	
			Ja, ein wenig.
64	5	Wielange nehmen Sie diese Medizin schon?	
			Wie lange?
54	5	Ja.	
			Seit heute morgen 2 mal.
63	5	Wann haben Sie begonnen, die Medizin zu nehmen?	
			Ich weiß nicht mehr so genau.
65	5 (1)	Wer hat denn gesagt, daß Sie diese Medizin nehmen sollen?	
			Niemand.
9	7	Stehen Sie mal auf.	
2	2 (3)	Irgendeinen Schmerz, schmerzt es?	
			Nein.
2	2	Haben Sie Würmer im Stuhl?	
			Nein, aber ich hatte mal welche. Das ist aber lange vorbei.
9	7	Haben Sie schon gefrühstückt?	
			Nein, noch nicht.
9	7	Haben Sie noch nichts gegessen?	
			Nein.
9	7	Kaffee getrunken?	
			Ja, eine Tasse.
9	7	Gekochtes Ei?	
			Nein.
14	7	Ich schicke Sie jetzt zum Röntgen.	
			Ja.
14	7	Gehen Sie zum Röntgen.	
		-- (nach dem Röntgen)	
83	6 (2)	Wie heißen Sie nochmal?	
			Jamnong.
21 24 46 41	8 8 (7) 16 14	... Sie haben ein Magengeschwür. Sie müssen regelmäßig hintereinander einen Monat lang Medikamente nehmen. Falls es nicht besser wird, müssen Sie operiert werden. Ich gebe Ihnen erstmal Medikamente, die Sie 7 Tage einnehmen müssen.	
			Ja.
53 91	15 19 (1)	Sie kommen alle 7 Tage zur Untersuchung... holen Sie dies gleich in der Apotheke.	
	(3)		Ich verabschiede mich.
54	15	Wenn Sie die Medikamente verbraucht haben, kommen Sie wieder.	
			Ja.

INHM	28
FABU	13
SARU	40

wie lange die Medikamente eingenommen werden müssen, so daß sich der Patient auf die Behandlungszeiträume einstellen kann. (Die Texte weiterer Gespräche und ihre Auswertung befinden sich im Anhang 3.6, S. 93 ff).

Die wenigen Beispiele, wie auch der Konstruktionsmodus der Sequenzmaße lassen erkennen, daß die Maße voneinander und von weiteren Größen abhängig sind, welche die Gespräche bestimmen. So ist die Häufigkeit, mit der Abweichungen auftreten (FABW) in starkem Maße abhängig von der Menge der Inhalte (INHM). Außerdem ist in kurzen Gesprächen die Wahrscheinlichkeit für das Zustandekommen hoher Indexwerte geringer als in langen Gesprächen. Die Länge der Gespräche gibt aber nicht allein den Ausschlag. Vielmehr erwarten wir hier eine Variation, die bedingt wird durch den Interaktionsstil des Arztes und durch die anstehende Problematik des Gesprächspartners. Das Ausmaß der Abhängigkeit der Abweichungsfrequenz von der Menge der Inhalte wird in der Korrelation von r =.96 zwischen diesen beiden Maßen deutlich. Daß die beiden Indices von Interaktionsdauer und Textlänge abhängen, zeigt sich in ihren hohen Interkorrelationen (s. Tabelle 33).

Tabelle 33: Interkorrelationen der Interaktionsdauer (IAD), Textlänge (TL), Inhaltsmenge (INHM) und Abweichungsindices (N= 2360)

	IAD	TL	INHM	FABW	SABW
TL	.69				
INHM	.75	.88			
FABW	.70	.87	.96		
SABW	.49	.62	.64	.68	
GABW	.45	.58	.60	.63	.99

Die problembedingte und personenspezifische Variation der Indices ist besonders bei den gewichteten Abweichungen zu erwarten. Wie wir vermuten, reflektieren sie am besten die Vorgehensweise des Arztes im Gespräch. Lange Konsultationsgespräche, die aufgrund ihrer längeren Dauer bereits die Wahrscheinlichkeit größerer Indices bedingen, können eine Variation dieser Indices aufweisen, weil ein Arzt eine strikte Abfolge von Fragen einhält, während ein anderer weniger gezielt vorgeht. Weiter vermuten wir eine Abhängigkeit vom Arztalter. Jüngere Ärzte, d.h. Ärzte mit weniger Routine und Erfahrung, weisen höhere Abweichungswerte auf als die älteren, erfahrenen, vielleicht aber auch rigideren, einem eingeschliffenen Schema verhafteten. Bei gleicher Interaktionsdauer, ja selbst bei gleicher Sprechdauer der Ärzte,variiert doch ihre Ausführung in Bezug auf die Sequenzmaße.

Bevor wir jedoch näher auf die Einzelbetrachtung der Indices eingehen, wollen wir einen Gesamtüberblick geben. Dazu stellten wir die verschiedenen Werte in Tabelle 34, S. 210 f, zusammen. Neben den Mittelwerten für die Gesamtstichprobe geben wir in Anlehnung an Kapitel 3.4.2.3, S. 133, 136, und Tabellen 8, 9 + 10 (S. 128f , 133) auch hier die Mittelwerte für die Stichproben wieder, getrennt nach Besuchshäufigkeit und Geschlecht der Patienten, und überprüfen die Mittelwertsdifferenzen auf ihre Signifikanz. Generell unterscheiden sich die Erstpatienten signifikant von den Folgepatienten.

Nach ihrem Geschlecht unterteilt, weisen Erstpatienten keine signifikanten Differenzen auf. Sie bestehen nicht zwischen weiblichen und männlichen Patienten generell oder auch in der Untergruppierung der Besuchshäufigkeit für die Summe der Abweichungsdifferenzen (SABW) und die Summe der gewichteten

Tab. 34 Überprüfung von Mittelwertsdifferenzen für Sequenzmasse bei ausgewählten Stichproben (Mittelwerte, Standardabweichungen und Gruppenumfänge)

Variablen	Gesamt-Stichprobe N = 2360 S_G $\bar{X}$	s	Erst-patienten N = 908 S_E 2) $\bar{X}$	s	Folge-patienten N = 694 S_F 3) $\bar{X}$	s	Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede F	p	t	p
S A B W	69.60	55.45	77.84	56.97	66.77	54.53	15.42	0.01	3.93	0.01
G A B W	53.99	44.35	59.25	44.56	52.71	44.57	8.46	0.01	2.91	0.01
I N H M	23.62	18.95	28.50	20.31	21.88	17.83	46.42	0.01	6.81	0.01
F A B W	15.11	11.97	18.11	12.65	14.03	11.38	44.52	0.01	6.67	0.01
Interaktions-dauer (Sek.)	210.18	156.17	247.51	166.27	192.71	141.67	1.38	0.00	7.11	0.00
Textlänge Ärzte (cm)	121.87	125.05	146.35	132.99	111.45	113.81	1.37	0.00	5.65	0.00

	Erst-patienten männl. N=410 S_{EM} 4) $\bar{X}$	s	Erst-patienten weibl. N=498 S_{EW} 5) $\bar{X}$	s	Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede F	p	t	p
S A B W	77.15	60.58	78.40	53.86	1.26	0.012	0.32	n.s.
G A B W	58.98	46.74	59.48	42.72	1.20	n.s.	0.17	n.s.
I N H N	27.60	21.22	29.24	19.53	1.18	n.s.	1.21	n.s.
F A B W	17.47	13.38	18.64	12.01	1.24	0.022	1.37	n.s.
I A D	188.68	162.15	245.78	169.41	1.09	n.s	1.45	n.s.

Tab. 34 (Fortsetzung)

	Folgepatienten männl. N=379 S_{FM} 6)		Folgepatienten weibl. N=315 S_{FW} 7)		Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede				Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede S_{EM} - S_{FM}				S_{EW} - S_{FW}			
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	F	p	t	p	F	p	t	p	F	p	t	p
W	65.37	52.82	68.44	56.55	1.15	n.s.	0.74	n.s.	1.32	0.007	2.92	0.004	1.10	n.s.	2.52	0.012
W	51.32	42.84	54.39	46.59	1.18	n.s.	0.90	n.s.	1.19	n.s.	2.39	0.017	1.19	n.s.	1.60	n.s.
N	19.93	17.03	24.22	18.51	1.18	n.s.	3.18	0.002	1.55	0.0	5.62	0.0	1.11	n.s.	3.64	0.000
W	12.80	10.93	15.51	11.74	1.15	n.s	3.15	0.002	1.50	0.0	5.38	0.0	1.05	n.s.	3.64	0.000
	176.92	130.81	211.72	152.43	1.37	0.003	3.20	0.001	1.55	0.0	5.92	0.0	1.24	0.041	3.76	0.00
	97.79	105.53	127.89	121.14	1.32	0.01	3.45	0.001	1.76	0.0	5.03	0.0	1.10	n.s.	2.46	0.014

	Patienten männlich N = 789		Patienten weiblich N = 813		Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede			
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	F	p	t	p
B W	71.49	57.25	74.54	55.10	1.18	n.s.	1.09	n.s.
B W	55.30	45.04	57.51	44.30	0.98	n.s.	0.99	n.s.
H N	23.92	19.69	27.29	19.28	12.04	0.01	3.47	0.01
B W	15.22	12.48	17.43	12.00	12.00	0.01	3.60	0.01

Abweichungsdifferenzen (GABW). Die existierenden signifikanten Differenzen bezüglich der Menge der Inhalte (INHM) und der Häufigkeit der aufgetretenen Abweichungen (FABW) sind zu sehen in ihrer Abhängigkeit von der Gesamtinterkationsdauer bzw. in Abhängigkeit von der Textlänge der Ärzte. Die Tabelle zeigt weiterhin, daß die Werte bei weiblichen Patienten im Durchschnitt über den Werten der männlichen Patienten liegen. Das bestätigt, was wir schon vorher gefunden hatten.

3.6.1 Einzelfragestellungen zu Sequenzmaßen

3.6.1.1 Arztalter und Sequenzmaße

Die Erfahrung des Arztes schlägt sich in der Gesprächsführung nieder. Gemäß des traditionellen Statuskonzepts wird der Ältere in der sozialen Hierarchie höher eingestuft, da er mehr Erfahrung besitzt (BOESCH, 1970, S. 76 f). Das Prinzip der Seniorität spielt in der Bewertung der Patienten bei den Ärzten jedoch keine bedeutende Rolle, wohl aber aufseiten der Patienten. Innerhalb der Gruppe von Ärzten dürfte das Senioritätsprinzip Gültigkeit haben, baut sich doch auch die Karriere und die Bezahlung auf der Basis des Dienstalters auf. Da uns die Angaben zum Dienstalter fehlen, müssen wir das mit ihm hochkorrelierende Lebensalter verwenden. Das Arztalter dient nun als Kriterium für Erfahrung. Da aber zwischen Lebensalter und Abschluß des klinischen Jahres, bzw. dem Jahre der Rückkehr vom Studium aus dem Ausland, eine Korrelation von r = .478 (N=20) besteht, liegt die Vermutung nahe, daß die Verfälschung nur gering sein kann [1].

Der erfahrene Arzt, so lautet die Annahme, rückt weniger stark von einem systematischen, geordneten Vorgehen im Gespräch ab als der weniger erfahrene. In Bezug auf das Alter erhalten jüngere Ärzte höhere Abweichungswerte als ältere. Gleichermaßen ließe sich die Alternativhypothese vertreten, wonach jüngere Ärzte sich an ein erlerntes Schema halten und dadurch geringere Abweichungswerte erreichen. Als junge Ärzte wurden alle Ärzte bis 30 Jahren eingestuft. Die älteren Ärzte wurden nochmals in zwei Gruppen unterteilt: Ärzte zwischen 31 und 45 Jahren und Ärzte, die älter als 45 Jahre sind. Die Zweiteilung der

---

1) Etwa mit 24-28 Jahren beenden Medizinstudenten in Thailand ihre Studium und mit durchschnittlich 35 Jahren kehren sie vom Auslandsstudium zurück.

älteren Ärzte beruht auf einer weiteren Annahme bezüglich ihres Verhaltens: Von der Gruppe der Ärzte über 45 Jahre erwarten wir entweder ein stark rigides Vorgehen aufgrund langjähriger Erfahrung und eingeschliffener Gesprächsmuster oder ein stärkeres Eingehen auf die Nöte und Sorgen der Patienten, eine graduelle Hinwendung zum therapeutischen Gespräch.

Die Überprüfung der gewichteten Abweichungen (s. Tab. 35, S. 210) für die drei Arztgruppen unterschiedlichen Alters ergibt einen signifikant höheren Mittelwert der jüngeren Ärzte gegenüber beiden Gruppen älterer Ärzte, die fast identisch sind. Zusätzlich unterscheiden sich die jüngeren Ärzte signifikant von den Ärzten mittleren Alters hinsichtlich Interaktionsdauer, Textlänge und Sprechdauer. Die mittelaltrigen Ärzte weisen in allen Variablen die niedrigsten Werte auf. Die älteren Ärzte tendieren zu etwas höheren Werten, die sich aber meist nicht signifikant von den anderer Ärzte unterscheiden. Die Summe der gefundenen Ergebnisse bietet folgende Interpretation an: Die jüngeren Ärzte sprechen am längsten (Interaktionsdauer, Sprechdauer und Textlänge) und erhalten die höchsten Abweichungsindices, ein Hinweis, daß ihr Gesprächsablauf vergleichsweise wenig geordnet ist. Die Gruppe der mittelaltrigen Ärzte hat die geringsten Abweichungswerte, sie scheint sich an ein rigideres Vorgehen zu halten. Die alten Ärzte haben ebenfalls relativ kleine Abweichungswerte, die denen der mittelaltrigen gleichen. Sie unterscheiden sich jedoch von ihnen durch längere Gesprächsdauer. Ihre Textlänge, Interaktionsdauer und Sprechdauer weisen Werte gleich denen der jungen Ärzte auf, z. T. auch höhere. Ältere Ärzte, obwohl sie sich mehr äußern, haben geringere Abweichungswerte; das würde der Annahme entsprechen, daß sie geordnet vorgehen, obwohl sie ausführlich sind. Die Kombination der Abweichungswerte und der Textlänge widersprechen einem rigiden Vorgehen und deuten darauf, daß sie auf Probleme und Schwierigkeiten ihrer Patienten näher eingehen.

Tabelle 35: Mittelwertsvergleich von Sequenzmaßen bei Gruppierung von Erstpatienten-Gesprächen nach Alter der Ärzte

Variablen		Altersgruppierung der Ärzte ≤ 30 J.	31-45 J.	≥ 46 J.	Total	F	p	SCHEFFE
Erstpatienten	N	106	678	124	908			
Alter der Patienten	$\bar{X}$	36.86	37.04	39.96	37.42	1.821	n.s.	
	s	14.88	16.07	16.23	15.97			
SABW	$\bar{X}$	95.13	75.36	76.60	77.84	5.61	.004	2,3 - 1
	s	65.03	56.00	52.57	56.97			
GABW	$\bar{X}$	72.16	57.54	57.58	59.25	5.08	.007	2,3 - 1
	s	51.15	43.67	41.87	44.56			
INHM	$\bar{X}$	34.55	27.23	30.29	28.49	6.59	.002	2 - 1
	s	22.69	19.58	21.19	20.31			
FABW	$\bar{X}$	22.78	17.25	18.81	18.11	9.16	.000	2 - 1
	s	14.26	12.26	12.52	12.65			

Junge Ärzte erwecken trotz hoher Abweichungswerte und großer Textlängen den Eindruck schulmäßigen Vorgehens, weil sie die Inhalte 'Befragung akuter Symptome', 'Diagnosenennung' und 'Behandlungsratschläge' stärker als die anderen Gruppen betonen. Wir vermuten aufgrund der hohen Abweichungswerte, daß ihre Gesprächsführung sprunghaft und wenig straff geordnet ist.

Die Patienten verteilen sich proportional auf die drei Altersgruppen der Ärzte. Durchschnittlich hat jeder Arzt 15 Erstpatienten in seiner Sprechstunde. Aus der Verteilung der Erstpatienten, wie auch der Gesamtstichprobe, läßt sich nicht folgern, daß eine der Altersgruppen signifikant häufiger als die anderen frequentiert wird und daher die Sequenzmaße abweichen.

Tabelle 36: Patientenverteilung nach Altersgruppen von Ärzten und Mittelwerte der Meßvariable GABW

		ARZTALTER			
		≤ 30 J.	31-45 J.	≥ 46 J.	TOTAL
Ärzte	N	7	45	8	60
Erstpatienten	N	106	678	124	908
Erstptn./Arzt	$N_{\bar{x}}$	15.0	15.0	15.5	15.1
GABW/Erstptn.	$\bar{x}$	72.2	57.5	57.6	59.3
Gesamtstichprobe	N	252	1761	335	2328
Gesamtstichprobe/Arzt	$N_{\bar{x}}$	36.0	38.7	42.0	38.8

3.6.1.2 Die Symptome der Erstpatienten

Die Betrachtung der Gesprächsstruktur ergibt, daß das Krankheitsbild der Patienten einen signifikanten Einfluß auf das Informationsverhalten von Ärzten in der Sprechstunde hat. Demnach erhalten Patienten mit Erkrankungen organogenen Ursprungs im Durchschnitt weniger Informationen als solche mit psychogenen Erkrankungen. Die Interkorrelation der Abweichungsmaße mit Interaktionsdauer und Textlänge des Arztes (s. Tab. 33, S. 208) begründet unsere Annahme des Gesprächsverlaufs bei Patienten unterschiedlicher Symptomatik. Sie besagt, daß die Gespräche mit Patienten mit organogenen Erkrankungen gradliniger und stringenter verlaufen als mit Patienten mit psychogenen Syndromen, da bei letzteren die Diagnose-Hypothese-Abklärung schwieriger und langwieriger ist. Allein schon die längere Interaktionsdauer erhöht die Wahrscheinlichkeit häufiger Abweichungen und damit die Summe der Differenzen. Inhaltsmenge (INHM) und Häufigkeit der Abweichungen (FABW) bestätigen unsere Annahme. Hochsignifikante F-Werte einer einfaktoriellen Varianzanalyse (Tab. 37, S. 219) zeigen an, daß zwischen den Symptomgruppen Unterschiede bestehen. Der Range-Test von SCHEFFE weist diese Unterschiede zwischen Symptomgruppen 1 und 4 und zwischen Symptomgruppen 2 und 4 nach. Bei psychogenen Erkrankungen wird mehr gefragt (INHM) und aufgrund der weniger klaren Symptomatik auch weniger strikt dem hypothetisch angenommenen Verlauf gefolgt (FABW), als bei anderen Erkrankungen.

Die Überprüfung der Annahme bezüglich der Indices SABW (Summe der absoluten Abweichungsdifferenzen) und GABW (Summe der gewichteten Abweichungsdifferenzen) führt zu einem unterschiedlichen Ergebnis: Zwischen den Symptomgruppen bestehen für diese Indices keine signifikanten Differenzen; die symptombedingten Verhaltens- bzw. Informationsunterschiede treten für strukturelle, nicht aber für Verlaufsmerkmale auf. Demnach scheinen Ärzte einen Gesprächsablauf zu wählen, der sich nicht am Krankheitsbild der Patienten orientiert.

Die häufig auftretenden Abweichungen sind von der inhaltlichen Abfolge her zulässig, tragen also nicht wesentlich zur Summe der gewichteten Abweichungsdifferenzen (GABW) bzw. zur Summe der absoluten Abweichungsdifferenzen (SABW) bei. Ob es sich um leicht oder weniger leicht diagnostizierbare Erkrankungen handelt, im Durchschnitt wählen Ärzte das gleiche (ungeordnete) Vorgehen. Das kann sich negativ in der Weise auswirken, daß Ärzte dort, wo ein klares Vorgehen möglich wäre, ebenfalls recht diffus erfragen und vermitteln, oder daß sie dort, wo Flexibilität erforderlich wäre, zu rigide interagieren; letztendlich werden damit gute Chancen für eine Verbesserung der Interaktion und ihrer Effektivität vergeben.

Bei durchschnittlich 30 Inhalten treten 19 Abweichungen auf. Ihre durchschnittliche Summe der Abweichungen (SABW) liegt bei 80 und die der gewichteten Abweichungen (GABW) bei 61. Die durchschnittliche Abweichungsdifferenz pro Abweichung (INHM) ist bei SABW 4.2 und bei GABW 3.2 (s. auch Tab. 37, S. 219).

Die Ergebnisse der Mittelwertsprüfung der unabhängigen Variablen Arztalter und Symptome spiegeln sich wider in einer zweifaktoriellen Varianzanalyse (s. Anhang 3.6, S. 113), in die diese beiden Variablen simultan eingehen. Die Werte des Sequenzmaßes GABW werden nicht durch die Symptome der Patienten beeinflußt. Für die Gesprächsführung der Ärzte spielt das Krankheitsbild keine signifikante Rolle. Bei den anderen Variablen SABW und FABW weist der Faktor Symptom keine Signifikanzen auf. Nur der Haupteffekt des Faktors Arztalter deckt erhebliche Unterschiede zwischen jungen und mittelaltrigen Ärzten auf. Wechselwirkungen bestehen keine. Ein kombinierter Effekt von Arztalter und Symptombild der Patienten tritt nicht auf. Es ist gleich, ob ein organisch Erkrankter mit einem jungen oder alten Arzt spricht oder ob ein psychisch Erkrankter einen jungen oder alten Arzt konsultiert.

Tabelle 37: Prüfung der Mittelwertsdifferenzen von Sequenzmaßen bei unterschiedlichem Krankheitsbild (Erstpatienten)

Variablen		Gruppierung nach Symptomen S 1	S 2	S 3	S 4	Total	F	p	SCHEFFE
Erstpatienten	N	123	452	65	125	765			
GABW	$\bar{X}$	72.60	78.78	87.43	90.47	80.45	2.47	n.s.	
	s	47.89	60.32	51.45	58.25	57.54			
SABW	$\bar{X}$	55.40	59.96	66.92	66.25	60.84	1.67	n.s.	
	s	37.31	47.13	41.57	44.43	44.86			
INHM	$\bar{X}$	23.76	30.08	30.88	37.74	30.38	10.12	.000	1,2 - 4
	s	15.23	20.89	18.00	22.11	20.43			
FABW	$\bar{X}$	15.75	19.14	19.66	23.20	19.30	7.36	.000	1,2 - 4
	s	8.94	13.13	11.60	13.76	12.69			

3.6.1.3 Die Berufe der Patienten

Der Beruf der Erst- wie auch der Folgepatienten beeinflußt kaum die Verlaufsindices. Kritische Werte im multiplen Mittelwertsvergleich nach SCHEFFE treten in keinem Fall auf. Ähnlich der Symptomatik der Patienten spielt auch der Beruf eine nachgeordnete Rolle im Gesprächsverlauf, obwohl die Mönche die weitaus niedrigsten Werte erreichen, eine, wenn auch nicht signifikante, Parallelität zu den Ergebnissen der Strukturanalyse aufzeigend.

Eine zweifaktorielle Varianzanalyse von Berufen und Symptomen weist einen deutlichen Effekt für Berufe, nicht aber für Symptome aus. Zu diesem Zweck klassifizierten wir die elf Berufsgruppen neu in 6 Berufsgruppen:

B 1 landwirtschaftliche Berufe und Hausfrauen
B 2 Angestellte, Handwerker, Verkauf
B 3 Arbeiter
B 4 Lehrer und Studenten
B 5 Mönche
B 6 Armee- und Polizeiangehörige
B 0 keine Information

Die kritischen Differenzen des SCHEFFE- Tests (s. Tab. 38, S. 221) werden immer dann überschritten, wenn eine Gruppe bei der Differenzbildung die Mönche sind. Außerdem bilden Lehrer/Studenten und Armee/Polizei, Lehrer/Studenten und Arbeiter, Lehrer/Studenten und landwirtschaftliche Berufe/Hausfrauen sowie Angestellte etc. und Arbeiter signifikante Differenzen. Hier zeigt sich - vermutlich aufgrund der Umgruppierung der Berufsgruppen - erstmals eine Wirkung auf die Sequenzmaße, die mit den Ergebnissen der Strukturanalyse vergleichbar ist: Die Ärzte lassen sich durch den 'Interaktionsstil' ihres Partners hinsichtlich des Gesprächsverlaufs beeinflussen. Unbeantwortet bleibt hier die Frage, ob Lehrer bzw. Studenten oder Angestellte durch ihre Zwischenfragen die Sequenzmaße verändern oder ob sich die Ärzte durch den geringeren Bildungsunterschied so

Tabelle 38: Analyse der Haupteffekte der Faktoren Symptome und Berufe von Erstpatienten

F-Test

Faktoren	Quadratsumme	Mittl. Quadrat	F	FG	p
Symptome	7868.87	2622.96	1.30	3;677	n.s.
Berufe	70895.43	14179.09	7.04	5;675	$\leq$.001

SCHEFFE-TEST bei ungleicher Zellenbesetzung

Berufe Differenzen der Zeilensummen	Kritische Differenz(KD)			p
D_1 = 59.79 - 67.15 = 7.36	KD_1 = 8.24	KD_1	D_1	n.s.
D_2 = 59.79 - 56.47 = 3.32	KD_2 = 8.24	KD_2	D_2	n.s.
D_3 = 59.79 - 74.28 = 14.49	KD_3 = 8.24	KD_3	D_3	$\leq$.01
D_4 = 59.79 - 39.73 = 20.06	KD_4 = 8.24	KD_4	D_4	$\leq$.01
D_5 = 59.79 - 65.60 = 5.81	KD_5 = 8.24	KD_5	D_5	n.s.
D_6 = 67.15 - 56.47 = 10.68	KD_6 = 8.24	KD_6	D_6	$\leq$.01
D_7 = 67.15 - 74.28 = 7.13	KD_7 = 8.24	KD_7	D_7	n.s.
D_8 = 67.15 - 39.73 = 27.42	KD_7 = 8.24	KD_8	D_8	$\leq$.01
D_9 = 67.15 - 65.60 = 1.55	KD_9 = 8.24	KD_9	D_9	n.s.
D_{10}= 56.47 - 74.28 = 17.81	KD_{10}= 8.24	KD_{10}	D_{10}	$\leq$.01
D_{11}= 56.47 - 39.73 = 16.74	KD_{11}= 8.24	KD_{11}	D_{11}	$\leq$.01
D_{12}= 56.47 - 65.60 = 9.13	KD_{12}= 8.24	KD_{12}	D_{12}	$\leq$.01
D_{13}= 74.28 - 39.73 = 34.55	KD_{13}= 8.24	KD_{13}	D_{13}	$\leq$.01
D_{14}= 74.28 - 65.60 = 8.68	KD_{14}= 8.24	KD_{14}	D_{14}	$\leq$.01
D_{15}= 39.73 - 65.60 = 25.87	KD_{15}= 8.24	KD_{15}	D_{15}	$\leq$.01

beeinflussen lassen, daß sie signifikant höhere GABW- und SABW-Werte erzielen.

3.6.1.4 Die Krankenhäuser

Die Krankenhäuser als Träger einer bestimmten Organisation beeinflussen stark die Verlaufsindices. Die Krankenhäuser 4,5,7,9,10 haben einen signifikant kleineren Mittelwert gegenüber den Krankenhäusern 1 und 2 in Bezug auf die Sequenzmaße wie auch auf Textlänge. Die Mittelgruppe wird von den Krankenhäusern 6, 8 und 0 gebildet. Krankenhaus 3 ändert seinen Platz zwischen der Gruppe mit mittleren und der Gruppe mit hohen Mittelwerten (s. Anhang 3.6, Tab. A77-A80, S. 114 f).

3.6.2 Zusammenfassung

Die Konstruktion von Sequenzmaßen sollte eine weitere Möglichkeit bieten, das Verhalten des Arztes zu seinen Patienten anhand sprachlich-inhaltlicher Kriterien zu erfassen. Die Verlaufsindices basieren auf dem Entscheidungscharakter der Konsultationsgespräche und wurden als Abweichungswerte konzipiert, als Abweichungen einer tatsächlichen Konsultation von einer hypothetisch angenommenen bzw. ihrer an die Norm angepaßten Version. Vier Maße resultieren daraus, von denen SABW (Summe der absoluten Abweichungsdifferenzen) und GABW (Summe der gewichteten Abweichungsdifferenzen) sich als relativ unabhängig von anderen Variablen erwiesen.

Waren in der Strukturanalyse Patientenvariablen, wie Beruf und Symptom, in starkem Maße verantwortlich für die Varianz, so scheinen sie hier kaum einen Einfluß als Einzelvariablen zu haben. In ihrer Kombination (Beruf x Symptom) erhalten die Berufe jedoch einen vergleichbaren Stellenwert. Berufe, die nach Status und formaler Bildung dem Arztberuf nahekommen, führen zu hohen SABW- und GABW-Werten. Die Mönche bilden einen Sonderfall mit extrem niedrigen Werten. Die Annahme, daß sich die Symptomatik auf die Gesprächsstruktur auswirkt, konnten wir nicht für den Gesprächsverlauf bestätigen. Organisch bedingte Erkrankungen führen nicht zu geringeren Werten der Sequenzmaße als psychogene Syndrome oder umgekehrt. Die Aufeinanderfolge von Inhalten im Gespräch, ihre strikte logische Abfolge bzw. ihre lockere Anordnung drücken Verhaltensdimensionen aus, die nicht von der vorliegenden Problematik abhängen.

Aber das Alter der Ärzte und damit ihre Erfahrung und berufliche Sozialisation bestimmen stattdessen die Varianzunterschiede. Dazu sind auch die berufliche Situation des Arztes und seine Arbeit am gegenwärtigen Einsatzort zu rechnen. Beide, Alter und Einsatzort zeigten signifikante Unterschiede im Verhalten der Ärzte auf. Weiter bestätigte sich, daß die Sequenzmaße weitgehend von den Patienten unabhängig sind.

3.7 INTEGRATIVER ANSATZ ZUR DATENANALYSE: CLUSTERANALYSE ZUR KLASSIFIZIERUNG VON ARZT-PATIENT-GESPRÄCHEN

Die Betrachtung der Gesprächsstruktur anhand der Phasen erbrachte bezüglich des Vorgehens folgende Ergebnisse: Phasen lassen sich anhand der empirisch gewonnenen Daten als sinnvolle Strukturmerkmale verwenden. Das Vorgehen, das wir wählten paßt sich gut den Daten an. Es unterliegt auch weniger der Willkür irgendwelcher von außen angelegter Meßkriterien, wie dies häufig bei exakter Dreiteilung der Texte oder einem ähnlichen Vorgehen geschieht. Bei größeren Datenmengen ist sogar das von uns gewählte Vorgehen noch zu aufwendig. Es könnte befriedigend erst zur Analyse von individuellen Gesprächen eingesetzt werden.

Die Reduzierung der Variablen auf Phasen bedeutet im Vergleich zur Verwendung von Einzelvariablen eine Clusterung nach inhaltlichen Merkmalen. Diese Gruppierung nahmen wir aufgrund der Ähnlichkeit der Inhalte vor, wie sie auch die Faktorenanalyse aufwies. Wir zielen weiter darauf hin, daß Gespräche ebenfalls aufgrund ihrer Ähnlichkeit zu gruppieren unter Einschluß einer größeren Variablenzahl. Wir versuchen, das mit Hilfe einer Clusteranalyse durchzuführen.

3.7.1 Die Clusteranalyse der Konsultationsgespräche

Man kann die Gespräche der Ärzte mit ihren Patienten als Punktwolke in einem mehrdimensionalen Raum abbilden. Gespräche, die sich aufgrund der Meßdaten ähneln, liegen in diesem Raum näher beisammen als unähnliche. Der Abstand zwischen den Punkten repräsentiert ihre Ähnlichkeit. Falls der Abstand zwischen ihnen klein ist, bilden sie einen gemeinsamen Mittelpunkt, den Centroid. Um die Punkte, die einen gemeinsamen Centroid haben, von anderen Punkten abzugrenzen, gibt es Verfahren, die gruppeninterne Varianz minimieren oder die Distanz zwischen Gruppen maximieren.

Als Klassifikationsmerkmale verwenden wir die Textlänge und Häufigkeit der Inhalte, wie sie in Kapitel 3.4 genannt wurden. Dieser Gruppe von Variablen fügen wir die formalen Variablen sowie die Sequenzmaße und Phasenwerte hinzu[1]. Das Niveau dieser Daten läßt ein Clusterungsverfahren für metrische Daten zu. Sachlogische Erwägungen führten zur Wahl des Verfahrens von WARD, da dieses in einem Programmpaket von VELDMAN (1967) im Rechenzentrum der Universität des Saarlandes zur Verfügung stand und weil es sich durch seine Wirtschaftlichkeit (geringer Kernspeicherbedarf) auszeichnet. Außerdem ist es geeignet, Meßwertprofile über eine Reihe von Variablen zu vergleichen, d.h. Profilähnlichkeit zu berücksichtigen. Trotz der genannten Vorteile ist eine Einschränkung der Anzahl von Merkmalsträgern erforderlich. Das VELDMAN-Programmpaket erlaubt nur 235 Merkmalsträger, das YAHK von FORST und VOGEL erlaubt 250 Merkmalsträger. Beide Programme sind für unsere Datenmenge zu klein, da die Stichprobe der Erstpatienten bereits aus 908 Gesprächen besteht. Eine Anpassung der Programme für diesen Fall hätte die vorhandene Speicherkapazität weit überstiegen. Das zwang uns, von den durchschnittlichen Merkmalsprofilen der einzelnen Ärzte auszugehen. Hierdurch reduziert sich die Anzahl der Merkmalsträger auf 60.

Das Verfahren von WARD geht bei der Gruppenbildung hierarchisch agglomerativ vor. Diese Verfahren gehen von den einzelnen Beobachtungseinheiten aus und bilden aus ihnen schrittweise Gruppen aufsteigender Ordnung. Die Gruppenbildung beginnt mit der Berechnung der quadrierten euklidischen Distanzen für alle Paare von Gesprächen unter Zusammenfassung derjenigen, die die Fehlervarianz innerhalb der Gruppe am wenigsten vergrößern. Nacheinander werden alle Gespräche oder Gesprächsgruppen zusammengefaßt, bis die Klassifikation abgebrochen wird, weil entweder die gewünschte Zahl von Gruppen erreicht ist oder die Fehlervarianz zu groß wird.

---

1) Die Anzahl der Variablen beträgt 159.

Für die geeignetste Gruppenanzahl erwiesen sich 5-10 Gruppen, da bei geringerer Anzahl die Struktur der Klassifikation zu heterogen, grob und undifferenziert wird. Bei einer größeren wird sie unüberschaubar und führt darüberhinaus zu Segmenten, deren Personenzahl zu niedrig ist.

Als Abbruchkriterium für den vorliegenden Fall bot sich ein überproportionaler Zuwachs der Fehlervarianz an bei gleichzeitigem Erreichen einer übersichtlichen Gruppenzahl (C = 5) s. Diagramm 10, S. 227). Höhere Gruppenzahlen hätten zu einer Klassifikation geführt, bei der Gruppen mit nur 1 bzw. 2 Personen aufgetreten wären (s. Diagramm 11, S. 223). Die Größe der so erhaltenen Gruppen umfaßt $r_1 = 12$, $r_2 = 26$, $r_3 = 6$, $r_4 = 7$, $r_5 = 7$ Ärzte.

Die agglomerativen hierarchischen Verfahren, wie das Verfahren von WARD, haben im allgemeinen den Nachteil, daß Objekte, die einmal einer Klasse zugeordnet sind, aus dieser nicht wieder entfernt werden können, auch wenn sich im Verlauf der Klassifikation eine günstigere Zuordnung ergäbe. Insgesamt erhielten wir 5 Cluster von Ärzten. Um ihre Lage im Diskriminaraum zu ermitteln und das Ergebnis der Clusteranalyse auf ihre Trennschärfe zu überprüfen, errechneten wir eine multiple Diskriminanzanalyse. Diese diente weiter dem Zweck, die Arzt-Mittelwerte der Clusteranalyse durch ihre individuellen Konsultationsgesprächswerte zu ersetzen und wenn nötig, Korrekturen in der Klassifizierung vorzunehmen. Durch die Clusteranalyse ergab sich eine optimale Zuordnung bei 90 % der Gespräche. Nach der Korrektur erhöhte sich die Zahl richtiger Zuordnungen auf 98 % ;s. Tabelle A81, Anhang 3.7., S. 117. Die Anzahl der Konsultationsgespräche pro Gruppe ist ebenfalls aus dieser Tabelle ersichtlich [1].

Da die technische Durchführung einer Diskriminanzanalyse mit großen Variablenmengen ebenfalls Kapazitätsprobleme aufwirft (maximale Anzahl der Variablen für die Diskriminanzanalyse nach VELDMAN, 1967, ist 70), wählten wir zunächst die aus,

---

1) zu den Cluster- und Diskriminanzverfahren siehe auch NIE et al, 1975; SPÄTH, 1977; VELDMAN, 1967; VOGEL, 1975.

Diagramm 10: Fehlerzuwachs bei Verminderung der Gruppenzahl

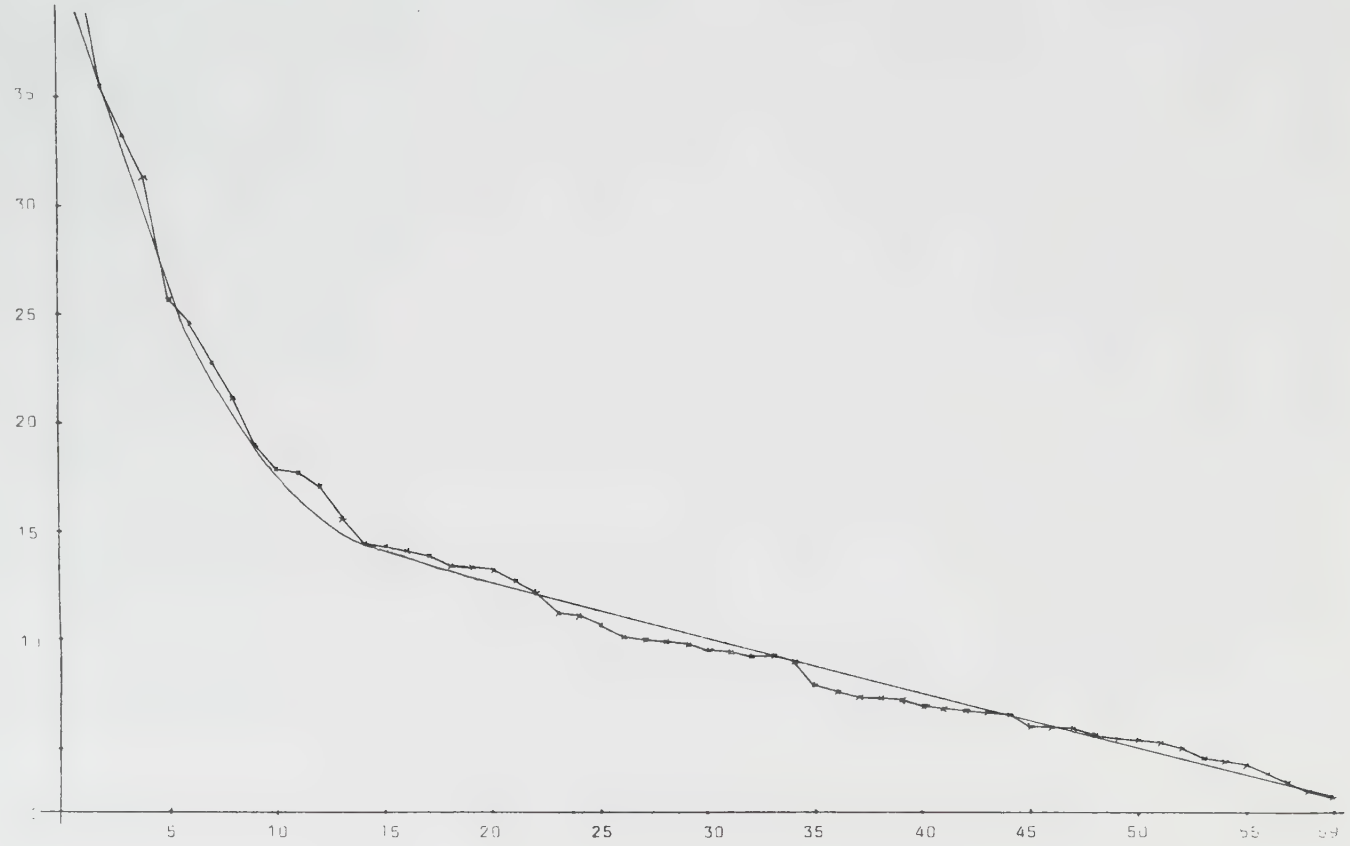
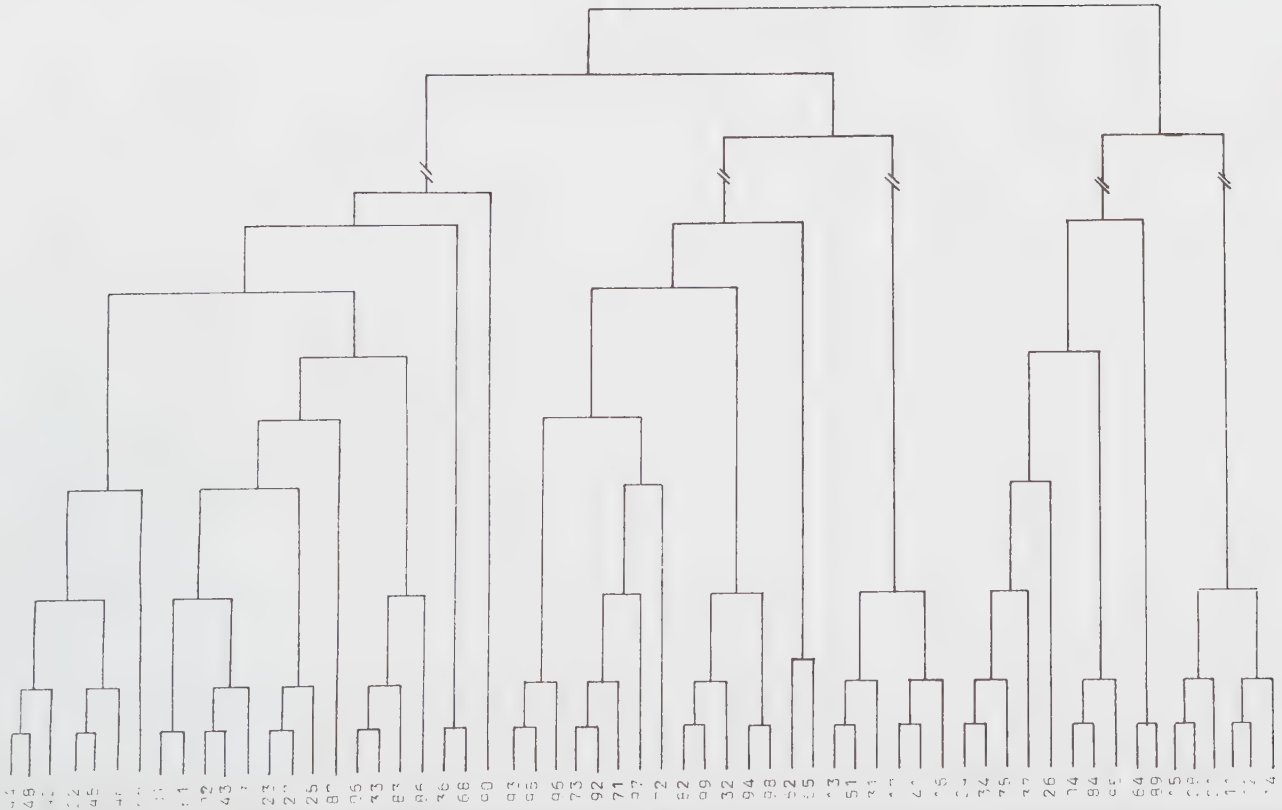


Diagramm 11: Dendrogramm von 60 Ärzten zur Klassifizierung der Sprechstunden



die zur Charakterisierung des Gesprächsverhaltens der Ärzte am wichtigsten erschienen. Dies waren Variablen der Inhaltsanalyse (s. Kap. 3.4.1,S.111ff), der Strukturanalyse (s. Kap. 3.5, S.173ff)und der Sequenzanalyse (s. Kap. 3.6). In die Clusteranalyse nehmen wir zudem die Ergebnisse von Beobachterurteilen über ärztliches Konsultationsverhalten auf, sowie die Ergebnisse des ärztlichen Anweisungsverhaltens. SCHNEIDER (1974) berichtete ausführlich über die Beobachterurteile. Nach seiner Ansicht wird das Arztverhalten in der Konsultation durch drei Faktoren repräsentiert: F I Sach- vs. Patientenorientierung; F II emotionale Zu- vs. Abwendung; F III patriarchalische Führungsrolle. GALL (1978) griff das von SCHNEIDER verwendete Material auf und erhielt nach einer Modifikation der Stichprobe ebenfalls drei Faktoren: F I Beurteilungsstereotyp des beliebten vs. unbeliebten Arztes; F II Distanz zum Patienten; F III Selbstbezug vs. Patientenbezogenheit.

Das Anweisungsverhalten läßt sich in folgendem Ergebnis zusammenfassen: Ärzte geben primär ihre Anweisungen so, daß sie sich auf einer Dimension anordnen lassen, die sich am besten als 'Unmittelbarkeit' beschreiben läßt. Diese 'Unmittelbarkeit' der Anweisungen reicht vom Rat über Warnung und Drängen bis zum zwingenden Befehl. Modifiziert wird die Position der einzelnen Ärzte durch eine zweite Dimension in Richtung Verbot einerseits oder bittend-überredender Anweisung andererseits (GOLDSCHMIDT, 1977).

Das Ergebnis unserer Clusteranalyse ist in Diagramm 12, S.230, durch Clusterterritorien dargestellt. Diese Gruppierung erwies sich als sehr trennscharf, wie die F-Werte zeigen (s. Tabelle A82, Anhang 3.7, S.121). Das spiegelt sich auch klar in Diagramm A1 (Anhang 3.7, S.122) wider , trotz einiger Überschneidung an den Grenzen. Die weitere Rechenoperation führte zu vier signifikanten Diskriminanzfunktionen. Die vierte Funktion extrahiert nur noch 7 % der Gesamtvarianz und ist praktisch ohne Bedeutung. Die erste Funktion umfaßt die wichtigen Sprechaktivitäten, die zunächst aus der Interaktionsdauer und den mit ihr korrelierenden Maßen, aus den

Diagramm 12: Clusterterritorien nach Diskriminanzanalyse mit Gruppencentroiden

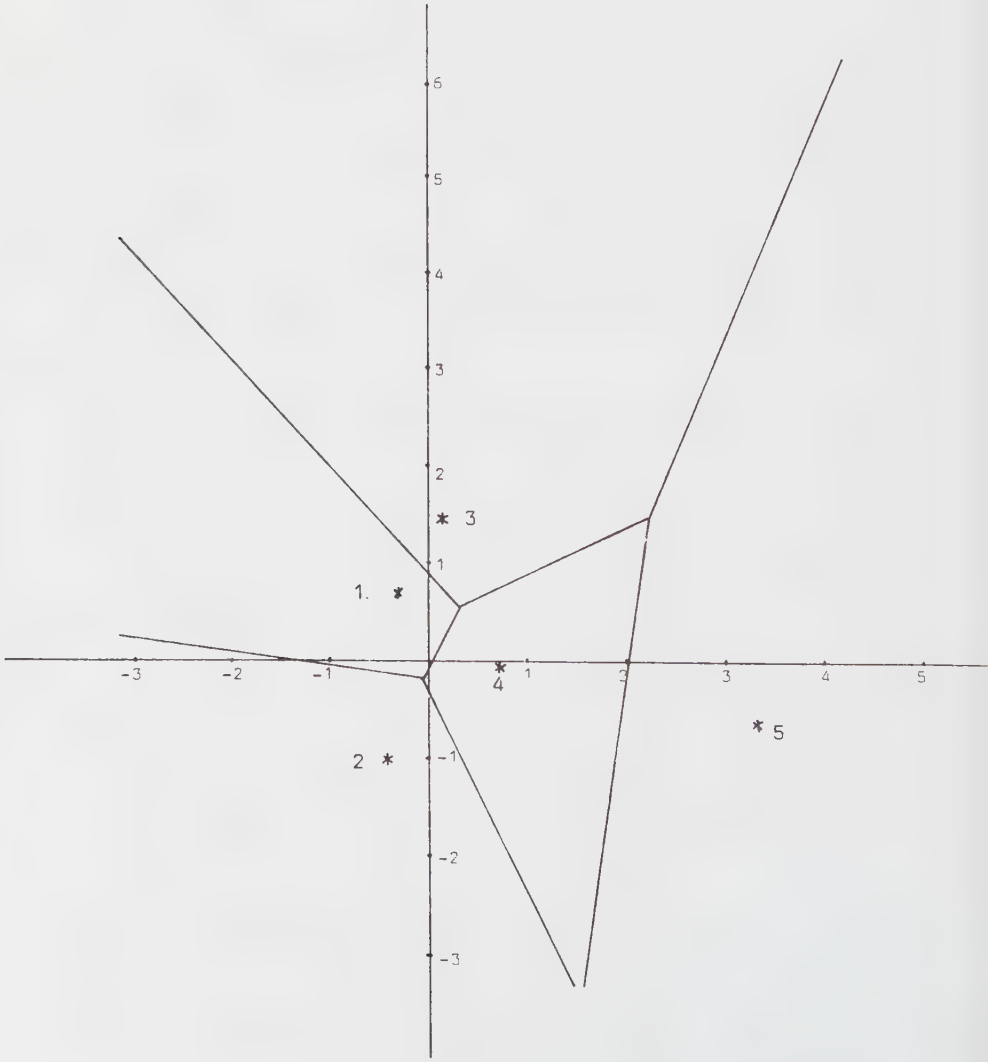


Tabelle 39: Signifikanz und Varianzanteil der Diskriminanzfunktionen

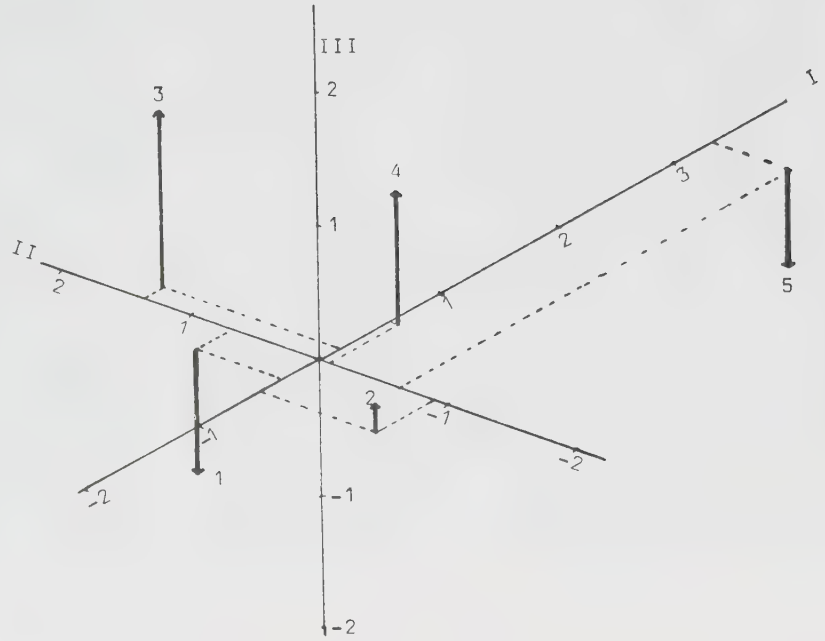
DISCRIMINANT FUNCTION	EIGENVALUE	RELATIVE PERCENTAGE	CANONICAL CORRELATION	FUNCTIONS DERIVED	WILKS' LAMBDA	CHI-SQUARE	DF	SIGNIFICANCE
1	6,32739	48,50	0,929	0	0,0049	4658,572	232	0,0
2	3,80822	29,19	0,890	1	0,0358	2914,910	171	0,0
3	1,92702	14,77	0,811	2	0,1722	1540,089	112	0,0
4	0,98399	7,54	0,704	3	0,5040	599,815	55	0,0

REMAINING COMPUTATIONS WILL BE BASED ON 4 DISCRIMINANT FUNCTION(S)

Sequenzmaßen und dann aus den Inhaltsvariablen 'Symptombefragung', 'Untersuchung', 'Ursachennennung' und Behandlungsanweisungen' bestimmt werden. Einige Variablen stehen korrelativ miteinander in Beziehung, wodurch bestimmte Dimensionen mehr Gewicht erhalten können. Die hier überbewertete Dimension ist die erste Dimension, da Gesamttextlänge, Interaktionsdauer und Textlänge einzelner Inhaltsvariablen miteinander korrelieren. Wir bezeichnen deshalb die erste Funktion auch als "Mengenfaktor der wichtigen Sprechaktivitäten". Inhaltlich gesehen entspricht seine Betonung der Realität der Daten, weshalb Transformationen der Daten auch unterblieben, ja, nach VOGEL (1975) müssen sie sogar unterbleiben, da diese Korrelationen zur Klassenbildung notwendig sind. Wir stimmen VOGEL (1975) und GOWER (1969) zu, daß die Eliminierung der Korrelationen eine Preisgabe von Informationen bedeutet.

Die zweite Funktion basiert auf den externen Verhaltensbeurteilungen und dem Anweisungsverhalten. Die dritte Funktion berücksichtigt neben der Inhaltsvariablen 'persönliche Probleme' noch Strukturvariablen und Variablen des Anweisungsverhaltens. Die vierte Funktion basiert primär auf den Strukturvariablen, gibt aber auch Hinweise auf die Inhaltsvariablen 'Diagnose' und 'Erklärung zur Diagnose und Untersuchung'.

Diagramm 13: Repräsentation der Cluster durch ihre Centroide im Diskriminanzraum der ersten drei Diskriminanzfunktionen



3.7.2 Beschreibung der Cluster

Das Verhalten von Ärzten ist u.a. von der beruflichen Sozialisation abhängig, d.h. der Arzt unterliegt in seinem Sprechstundenverhalten weitgehend dem Muster der Gesprächsführung, das in seinem Krankenhaus vorherrscht. Ein Mittel, diese Anpassung zu erreichen, ist der moralische Druck, mit einer großen Zahl von Patienten ebenso schnell fertig zu werden wie die Kollegen. Der Patientenansturm ist ein ungezieltes aber effektives Sozialisierungsitem. Diese Annahme macht die in einigen Krankenhäusern vorhandene 'interne Konsistenz' des Interaktionsstils von Ärzten verständlich. Die bivariate Verteilung der Sprechstunden über Clustergruppen und Krankenhäuser zeigt, in welch hohem Maße ähnliche Verhaltensmuster in einzelnen Krankenhäusern existieren. So befinden sich beispielsweise alle Sprechstunden des Krankenhauses 4 in Clustergruppe 2. Für die Zusammensetzung der Clustergruppen ergibt sich aus dieser Verteilung, daß beispielsweise Gruppe 1 vor allem Ärzte aus den Krankenhäusern 7,9 und 10 umfaßt, mit 23.5 % der Sprechstunden und 31.2 % der Gespräche mit Erstpatienten. Die genannten Ärzte ähneln sich hinsichtlich der für Clustergruppe 1 relevanten Merkmale. Die weiteren Gruppenzusammensetzungen gehen aus Tabelle 40, S. 235 hervor.

Der Vergleich der Clustergruppen untereinander weist auch ihre Verschiedenheit auf. So bestehen signifikante Unterschiede zwischen ihnen bezüglich des durchschnittlichen Sprechstundenumfangs ($\overline{X}_1 = 52$; $\overline{X}_2 = 24$; $\overline{X}_3 = 35$; $\overline{X}_4 = 19$; $\overline{X}_5 = 21$) [1]. Wir sehen die Tendenz, daß sich Interaktionsdauer, Sprechdauer, Textlänge der Interaktionspartner und damit Äußerungshäufigkeit und Textlänge einzelner Inhalte mit zunehmender Patientenzahl verkürzen. [2]. Diese Variablen

---

1) signifikante Differenzen zwischen Gruppen: 4,5,2,3 - 1; 4,5,2 - 3; 3-1; 4-2

2) s. hierzu die Mittelwerte in Tabelle A83, Anhang 3.7, S. 123.

Tabelle 40: Verteilung von Sprechstunden über Clustergruppen und Krankenhäuser

CLUSTER-GRUPPE	KRANKENHÄUSER 1	2	3	5	6	0	4	8	7	9	10	SPRECHSTD. n	%	ERSTPTN. n	%
1	-	-	1	-	-	-	-	1	6	8	3	19	23.5	283	31.2
2	-	5	3	-	5	6	10	4	4	2	-	39	48.2	369	40.6
3	3	-	2	2	1	-	-	-	-	-	-	8	9.9	123	13.6
4	-	1	3	-	1	1	-	2	-	-	-	8	9.9	74	8.2
5	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	8.6	59	6.5
TOTAL	7	9	9	2	7	7	10	7	10	10	3	81	100.0	908	100.0

erhalten dadurch einen Bias, der in seiner Summe ebenfalls den Mengenfaktor der Diskriminanzanalyse bedingt. Es erschien jedoch nicht sinnvoll, diesen Einfluß generell zu eliminieren, weil wir die Meinung vertreten (s. hierzu auch BOESCH, 1975, S. 33 ff), daß die beschleunigte Abfertigung von Patienten - um mit den hohen Besucherzahlen fertig zu werden - nicht im Interesse der Patienten liegen kann und auch den berufsständischen Normen und Anforderungen nicht entspricht. Vielmehr deutet diese Handlungsweise auf ein Verhalten hin, das - wie erwähnt - für bestimmte Krankenhäuser und Ärzte typisch und bei ihnen auch dann zu finden ist, wenn nur wenige Patienten warten. Für diese Auffassung sprechen die in Tabelle 40, S. 235, dargestellten Ergebnisse, sowie die Tatsache, daß die Clustergruppen 2, 4 und 5 fast gleiche durchschnittliche Sprechstundenzahlen haben, aber trotzdem starke Variationen in Interaktionsdauer etc. aufweisen (s. Tabelle 41, S. 237).

Diese Variation kommt in der prozentualen Verteilung der in cm Textlänge gemessenen Gesprächsinhalte zum Ausdruck, obwohl wir die Datenvielfalt durch die Zusammenfassung in Phasen stark reduzieren und Unterschiede durch die Prozentbildung in diesem Falle eliminieren (s. hierzu Diagramm 14, S. 238). Vergleicht man Gruppe 1 mit Gruppe 2 (in Diagramm 14 oder Tabelle 42, S. 237), die beide hohe Patientenzahlen aufweisen und bei denen die durchschnittliche Textlänge der Ärzte fast identisch ist, dann findet man bei Gruppe 1 eine Annäherung der Textlänge für 'Behandlungshinweise' an die Textlänge für 'Symptombefragung' (37 % vs. 44 %), während bei Gruppe 2 eine Differenz von 32 % auftritt (27 % vs. 59 %). Bei den Gruppen, die eine größere Ausgewogenheit in den Anteilen der Textlänge in der Art aufweisen, wie wir sie beschrieben, (Gruppe 1 und Gruppe 4), liegt der relative Anteil des Inhaltsbereichs 'Diagnose und Ursachen' über dem der anderen Gruppen.

Tabelle 41 Mittelwertsvergleiche von formalen Variablen für die Ärzte-Clustergruppen

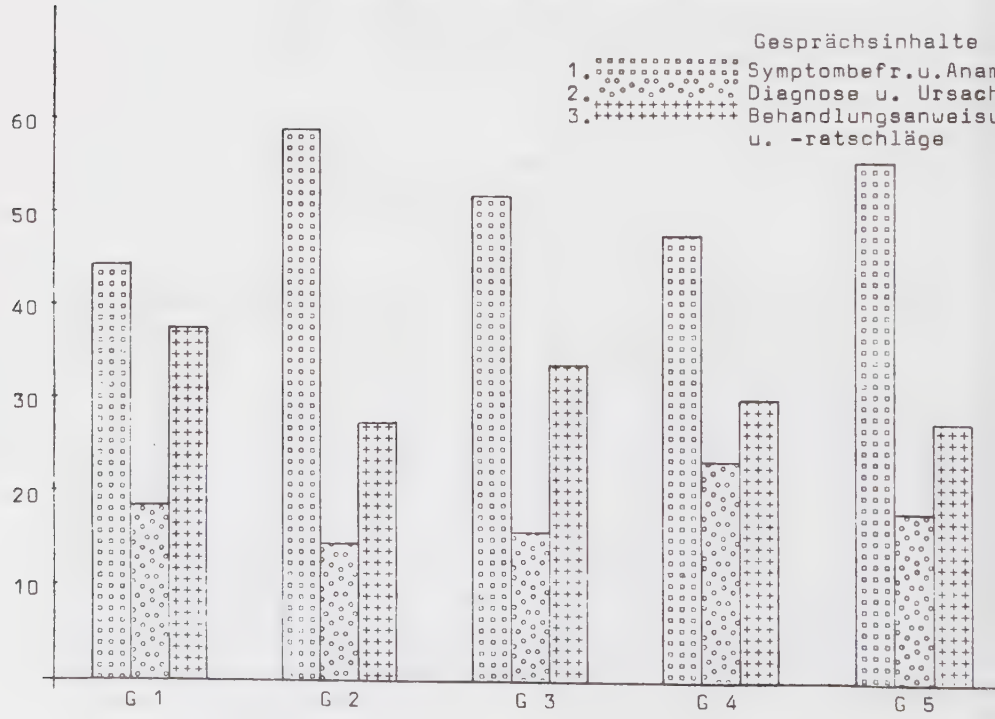
VARIABLEN	CLUSTERGRUPPEN G1	G2	G3	G4	G5	GESAMT	Signifikante Differenzen RANGE-Test
Interaktionsdauer	193.63	227.01	246.53	392.72	460.81	247.95	1-3,4,5; 2,3-4,5
Pausendauer/Arzt	50.86	90.51	51.94	131.05	111.98	77.56	1,3-2,5,4
Pausendauer/Patient	13.03	18.38	6.62	26.45	14.80	15.54	2-4 1)
Sprechdauer	129.94	118.12	187.98	235.22	334.03	154.84	1)
Textlänge/Arzt	102.22	107.28	185.04	259.24	380.14	146.35	1,2-3,4,5; 3-4,5; 4-5
Textlänge/Patient	77.22	88.33	80.26	173.11	208.07	98.46	1)
N-Sprechstunde	51.81	24.32	35.11	19.12	20.56	33.68	4-2,3,1; 5,2-3,1; 3-1

1) kein Signifikanztest für diese Variablen berechnet.

Tabelle 42 Prozentuale Verteilung der Textlängen von Ärzten auf Gesprächsinhalte

TEXTLÄNGE (ÄRZTE) / GESPRÄCHSINHALTE		CLUSTERGRUPPEN G1 N=283	G2 N=369	G3 N=123	G4 N=74	G5 N=59	GESAMT N=908
1 Anamnese, Symptombefragung	$\bar{x}$	43.67	64.42	87.57	113.60	199.46	70.08
	%	44.3	58.5	51.1	47.2	54.9	51.2
2 Diagnose- und Ursachennennung	$\bar{x}$	18.18	15.81	26.77	55.81	64.65	24.47
	%	18.5	14.4	15.6	23.2	17.8	17.8
3 Behandlungsanweisungen und Ratschläge	$\bar{x}$	36.69	29.93	57.21	71.46	99.16	42.37
	%	37.2	27.2	33.4	29.7	22.3	31.0

Diagramm 14: Vergleich der prozentualen Verteilung von Gesprächsinhalten in den Clustergruppen



Die relative Verteilung der Inhaltsbereiche innerhalb der Phasen geht aus Tabelle 43, S. 240, hervor. Gruppe 3 zeigt eine Verteilung, die vermuten läßt, daß die Strukturierung ihrer Gespräche noch weniger den Idealvorstellungen der Gesprächsführung entspricht als die der anderen. Gruppe 3 hat so im Vergleich mit den anderen Gruppen den höchsten Anteil an Behandlungshinweisen in Phase 1 und den höchsten Anteil an Symptombefragung in Phase 3. Diese breite Streuung der Inhalte über alle Gesprächsphasen wirkt sich auch auf die Sequenzmaße der inhaltlichen Abfolge aus. Die Summe der absoluten Abweichungsdifferenzen (SABW) und der gewichteten Abweichungsdifferenzen (GABW) in Relation zur Anzahl der Inhaltselemente (INHM) gebracht, ist auch bei Gruppe 3 am höchsten. Obwohl Gruppe 4 und Gruppe 5 die höchsten absoluten Werte für die Sequenzmaße haben, sind ihre relativen Abweichungen, bezogen auf die Menge der Inhaltselemente die kleinsten. Wenn man die Werte heranzieht, die auf die Anzahl der Informationselemente bezogen sind, kann man erkennen, daß sich die Ärzte in Gruppe 4 und Gruppe 5 am meisten Zeit für ihre Patienten nehmen und ihre Gespräche am besten strukturieren (s. Tabelle 44, S. 240). Hinzu kommt, daß die Ärzte aus Gruppe 5 sich am ausführlichsten äußern. Sie produzieren nicht nur doppelt soviel Textlänge als die Ärzte aus Gruppe 1, sondern erreichen auch größere Mengen von Inhaltselementen.

3.7.3 Verhaltensbeobachtung und Clustergruppen

Beobachter beurteilten das Verhalten der Ärzte in der Sprechstunde. Hierzu verweisen wir auf die Arbeiten von SCHNEIDER (1974) und GALL (1978). Nach ihren Ergebnissen lassen sich Ärzte vorwiegend auf einem Kontinuum abbilden, dessen Pole durch das Stereotyp 'beliebter Arzt' vs. 'unbeliebter Arzt' charakterisiert sind. Der beliebte Arzt (n=15) erweist sich als emotional zugewandt, persönlich interessiert, ermutigend, Angst reduzierend und informativ.

Tabelle 43 Prozentuale Verteilung von Inhaltsbereichen in den Gesprächsphasen

TEXTLÄNGE (ÄRZTE) PHASE/INHALTSBEREICH			CLUSTERGRUPPEN G1 N=283	G2 N=369	G3 N=123	G4 N=74	G5 N=59	GESAMT N=908
1	1	%	29.54	31.81	31.69	32.13	34.44	32.95
1	2	%	7.00	4.00	5.74	8.42	7.25	6.51
1	3	%	4.99	3.71	5.50	4.75	3.64	4.57
2	1	%	4.51	6.06	6.13	6.23	8.24	6.35
2	2	%	2.94	2.58	2.71	3.77	3.91	3.18
2	3	%	3.90	3.10	2.87	3.75	3.17	3.46
3	1	%	10.27	9.32	13.23	8.80	12.23	11.89
3	2	%	8.50	7.17	7.15	10.98	6.64	8.19
3	3	%	24.30	20.36	24.97	21.17	20.49	22.91

Tabelle 44 Durchschnittliche Größe relativierter Sequenzmaße (bezogen auf Inhaltselemente) der Ärzte-Clustergruppen

Sequenzmaße		G1	G2	G3	G4	G5	GESAMT
SABW	$\bar{x}$	64.78	64.83	87.30	111.88	159.41	77.84
GABW	$\bar{x}$	51.10	48.98	65.39	84.36	118.29	59.25
INHM	$\bar{x}$	23.03	23.76	28.46	45.61	62.98	38.50
FABW	$\bar{x}$	14.93	15.20	18.91	27.36	38.27	18.11
SABW/INHM		2.81	2.73	3.07	2.45	2.53	2.73
GABW/INHM		2.22	2.06	2.30	1.85	1.88	2.08
FABW/INHM		0.65	0.64	0.66	0.60	0.61	0.64

Der unbeliebte Arzt (n=15) ist in seinem Verhalten professionell, geschäftsmäßig, ruhig, gelassen, zeigt auch Ärger und Ungeduld und verhält sich wie ein Statushöherer distanziert und etwas abweisend. Die vom 'Thai-Superior' erwartete patriarchalische Verhaltenskomponente fehlt in diesem Bild des Statushöheren. Sie wirkt sich beim beliebten Arzt aus, der gütig und warmherzig ist. Wie bei BOESCH (1970) bezüglich der administrativen Eliten beschrieben, wird auch hier ein positives und ein negatives Bild des Statushöheren sichtbar. Zwischen diesen beiden extremen Ausprägungen des Arzt-Stereotyps befindet sich eine große Gruppe (n=21) von Ärzten, die wir weder dem einen noch dem anderen Extrem zuordnen können. Zusätzlich existiert eine vierte Gruppe von Ärzten (n=10). Diese weisen Züge emotional neutralen Verhaltens auf, sie sind weder abweisend noch warmherzig, sondern zeichnen sich durch patientenbezogene Sachlichkeit aus; sie haben das Wohl der Patienten vor Augen und gehen rational die Probleme an. Diese vier Gruppen von Ärzten erhielten wir durch eine Faktorenzerlegung nach ECKART-YOUNG; sie werden in Diagramm A2, Anhang 3.7, S. 126, abgebildet [1]. Die Faktorwerte aus der Faktorenanalyse der Beobachterurteile hatten wir in die Clusteranalyse aufgenommen; sie waren mitverantwortlich für die Bildung der zweiten Diskriminanzfunktion. Die durchschnittlichen Faktorwerte unterscheiden sich signifikant bei Faktor I zwischen Clustergruppe 2 und Clustergruppen 4 und 5, bei Faktor II zwischen den Gruppen 1,2 und 4,5; und bei Faktor III zwischen Gruppe 1 und Gruppe 3,4, zwischen Gruppe 2 und 3 und zwischen Gruppe 3 und 4.

'Beliebte Ärzte' bestimmen das Bild der Clustergruppen 4 und 5, 'undifferenzierte' Ärzte aus der dritten Gruppe der Faktorenanalyse bestimmen die Clustergruppen G1 und G2, bei denen beliebte Ärzte in G1 und unbeliebte Ärzte in G2 mitbeteiligt sind.

---

1) Die Faktorwerte der Personen weisen bei SCHNEIDER und GALL leichte Unterschiede zu unseren auf. In der vorliegenden faktoranalytischen Berechnung verwendeten wir für die Ärzte, von denen mehrere unabhängige Beurteilungen vorlagen, Durchschnittswerte, während SCHNEIDER nur eine Beurteilung und GALL alle Beurteilungen getrennt heranzog.

Weitere Variablen der Textanalyse [1], die wir mit Blick auf die Beurteilung des Arzt-Verhaltens erhoben hatten, fanden ebenfalls Zugang in der Clusteranalyse. Unter anderem waren dies Hinweise im Text, die erkennen ließen, ob ein Arzt seinen Patienten ermutigt und ihm Unterstützung gewährt, ihm Interesse und Aufmerksamkeit widmet, ihn bedauert und beruhigt, oder höflich bzw. unhöflich und ungeduldig ist.

Ein Blick auf Diagramm 12, S. 230 , gibt die unmittelbar benachbarte Lage von vier der fünf Clustergruppen zu erkennen, die aber bei Einbeziehung der dritten Diskriminanzfunktion stärker aufdifferenziert wird (s. Diagramm 13, S. 233). Die Projektion der Cluster auf die graphische Darstellung der ersten Diskriminanzfunktion zeigt die Wirkung der "Mengendimension", auf der sich Cluster 1 und Cluster 2 nur unwesentlich unterscheiden. Je weiter man dieser Achse in positiver Richtung folgt, desto länger und ausführlich werden die Gespräche.

Der Anteil neutral-rationaler und beliebter Ärzte beträgt zusammen 43 %. In unterschiedlichem Ausmaß sind sie in allen Clustergruppen vertreten. In der Zusammensetzung von Clustergruppe 5 machen sie z. B. 2/3 der Ärzte aus. Die der Clustergruppe 5 angehörenden Ärzte sind überwiegend beliebt. Sie zeichnen sich aus durch warmherziges, gütiges Verhalten. Sie sind am Patienten interessiert, widmen ihm durch persönliches Interesse motivierte Aufmerksamkeit. Sie gewähren ihren Patienten oft Trost, schimpfen sie gelegentlich aus und machen ihnen Vorhaltungen. Höflichkeit und Unhöflichkeit halten sich bei ihnen die Waage, wenn man von der verstärkenden bzw. mildernden Wirkung von Gestik, Mimik und Tonlage absieht.

Clustergruppe 4 folgt Clustergruppe 5 an Interaktionsdauer und anderen formalen Variablen auf dem zweiten Rang. Die Ärzte dieser Gruppe machen die längsten Pausen und haben

---

1) s. hierzu die Variablen-Liste im Anhang 3.3, S. 26 ff. und Tab. A85, Anhang 3.7, S. 125.

dadurch einen relativ hohen Verlust an Sprechzeit. Hatten die Ärzte in Clustergruppe 5 die stärkste Ausprägung des Images 'beliebter Arzt', so sind die Ärzte in Gruppe 4 am neutralsten bis undifferenziert. Sie unterbrechen ihre Patienten zudem noch häufig und wirken etwas ungeduldig. Ein weiteres Charakteristikum dieser Gruppe ist die häufige Verwendung neutraler Informationsfragen. Diese Technik des Erfragens von Informationen paßt zu der neutralen Grundhaltung, doch bringt sie, obwohl in der Forschung generell positiv beurteilt, die Gefahr mit sich, daß Patienten zu viele für den diagnostischen Prozeß irrelvante Informationen miteinbringen. Will er dieses Übermaß vermeiden, ist der Arzt gezwungen, den Patienten zu unterbrechen und gezielte Zwischenfragen zu stellen. Zum Bild dieses Arztes paßt auch, daß seine Anweisungen mehr bittend-überredend sind als zwingend oder befehlend, doch wenn nötig, erteilt er auch Verbote.

Der Arzt in Clustergruppe 3 ist der neutral-rationale beliebte Praktiker, der die persönlichen Probleme des Patienten als eine Krankheitsursache mit in Betracht zieht. Durch Fragen, z. B. nach Bekannten, versteht es der Arzt dieser Gruppe, Angst zu vermindern, Vertrautheit zu wecken. Dennoch geht sein Interesse nicht weiter, als für den Fall notwendig ist und wenn das Gespräch nicht verläuft wie erwartet, wird er ungeduldig. Diese Gruppe scheint vor allem "professional physicians" zu umfassen, enthält aber auch zwei Ärzte (Arzt 16 und Arzt 51), die die Beobachter extrem gegensätzlich beurteilten. Sie scheinen sich aber aufgrund der Textanalyse sehr zu ähneln. Dem allgemeinen Eindruck des neutral-rationalen Professionellen stehen die hohen Abweichungswerte der Sequenzmaße entgegen, wenn diese auf die Inhaltsmenge bezogen werden. Auf der Ebene des individuellen Gesprächs scheinen diese Ärzte tatsächlich wenig konstant in der inhaltlichen Abfolge zu sein. Die Ärzte in Gruppe 3 stehen in Gegensatz zu den Ärzten in Gruppe 4, bei denen sich die Patienten ausführlich äußern konnten. In dieser Gruppe bestreiten die Ärzte allein durchschnittlich 70 % der Konsultationstexte.

Die Ärzte in Clustergruppe 1 und 2 ähneln sich in vieler Hinsicht. Je 50 % von ihnen zählen zu den Ärzten, die als wenig differenziert beurteilt wurden. Weitere 25 % bei Gruppe 1 gehören dem Typ des beliebten und bei Gruppe 2 dem Typ des unbeliebten Arztes an. Gruppe 1 weicht in der Anzahl der behandelten Patienten weit von allen anderen Gruppen ab. Gruppe 2 dagegen umfaßt alle Ärzte eines Krankenhauses (4), in dem ein Arztwechsel während der Sprechstunde die Norm war. Aus diesem Grund konnten die Ärzte nicht so hohe Patientenzahlen erreichen. Auch zeichnen sich ihre Gespräche durch häufige Unterbrechungen aus. Die reine Sprechzeit ihrer Gespräche liegt mit 118 Sekunden noch um 12 Sekunden unter der von Gruppe 1, doch ist der Ausstoß an Text größer [1] (15 cm mehr), d.h. Ärzte und Patienten sprechen schneller. Inhaltlich unterscheiden sich Gruppe 1 und Gruppe 2 von den anderen durch spärliche Äußerungshäufigkeit und geringe Textlängen der einzelnen Inhalte. Ärzte der Gruppe 2 legen nur wenig Wert auf die Nennung der Ursache oder auf die Erwähnung der Diagnose. Auch die Behandlungshinweise erfolgen seltener und kürzer als bei Gruppe 1.

3.7.4 Einzelfalldarstellung

Wir wollen die globale Beschreibung des verbalen Interaktionsverhalten des durchschnittlichen Arztes einer bestimmten Clustergruppe ergänzen durch die interpretative Darstellung von ausgewählten Einzelgesprächen. Diese können zudem die Variation des Verhaltens innerhalb der Clustergruppe verdeutlichen.

Die Beschreibung der Clustergruppen erfolgt auf der Grundlage der in der Clusteranalyse verwendeten Variablen, die wir mit einer Diskriminanzanalyse überprüften. Aus der Diskriminanzanalyse resultierten für jedes Konsultationsgespräch

---

1) Wir sind diesem Problem nicht nachgegangen, vermuten aber, daß die Ärzte in der Hauptstadt schneller sprechen als auf dem Land. In Gruppe 1 befinden sich ausschließlich Landärzte, in Gruppe 2 sind über 30 % Ärzte aus Stadtkrankenhäusern.

Werte auf den Diskriminanzfunktionen. Die Auswahl der individuellen Konsultationsgespräche sollte möglichst typisch für die entsprechende Clustergruppe sein, d.h. ihre Diskriminanzwerte sollten möglichst große Ähnlichkeit mit den Diskriminanzwerten der Centroide besitzen. Nur aufgrund dieser Ähnlichkeit wurden die Gespräche ausgewählt, ohne Kenntnis des Gesprächstextes. So kann es geschehen, daß zwei Repräsentanten, die derselben Gruppe angehören, in Detailvariablen beträchtlich variieren können. Die Lage der Centroide und der ausgewählten Konsultationsgespräche sind im dreidimensionalen Diskriminanzraum der Darstellung 15, S. 246, wiedergegeben. Die Texte der Konsultationsgespräche finden sich im Anhang 3.7, S. 129 ff, in deutscher Übersetzung.[1)]. Im Vordergrund der Interpretation stehen die Verhaltensvariablen und nicht die sozio-demographischen Variablen. Diese Angaben werden in Tabelle 45, S. 247, vorangestellt.

---

1) Frau W. Wacharakul hat die Übertragung aus dem Thai ins Deutsche übernommen, wofür ihr hier besonderer Dank gebührt.

D i a g r a m m 15: Repräsentation der Cluster durch Centroide und ausgewählte Konsultationsgespräche im Diskriminanzraum der ersten drei Diskriminanzfunktionen

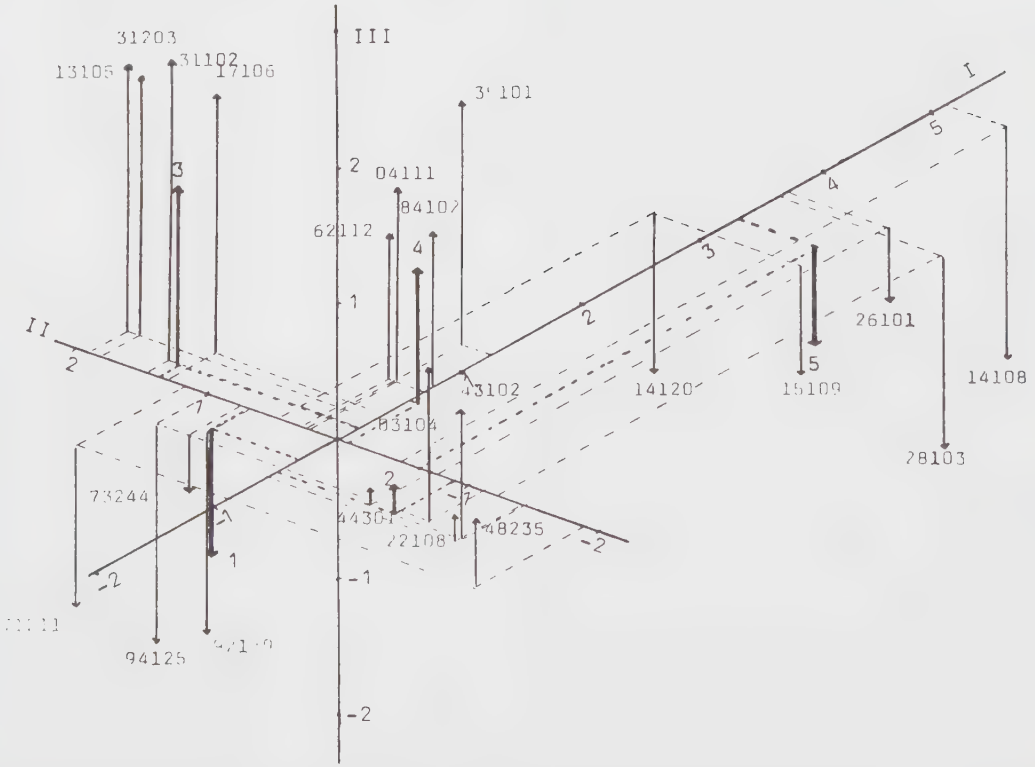


Tabelle 45: Übersicht über die soziodemographischen Angaben von Patienten, deren Gespräch mit dem Arzt als typisch für die Clusteranalyse-Gruppen ausgewählt wurden

CLUSTER-GRUPPE	PATIENTENANGABEN Kenn-No.	Alter	m/w	Beruf	Symptome	Distanz Wohnort/ Kkh.	ARZTANGABEN Alter	m/w
1	712/11	35	m	keine Information	Hautkrankheit	40 km	36	m
1	713/23	32	m	Verkauf	Sinusitis	40 km	36	m
1	921/39	49	m	Verkauf	NCA Brustschmerzen	20 km	27	w
2	031/04	30	w	Landwirtschaft	Neurasthenie	3 km	36	m
2	431/02	54	w	Landwirtschaft	Bluthochdruck Dyspepsie	30 km	38	m
3	171/06	40	w	keine Information	Ödem, Beinschmerzen	10 km	30	w
3	312/03	26	w	Verkauf	Amenorrhoe	3 km	39	m
4	351/01	22	m	Armee, Polizei	Neurose, Hautkrankh.	-	27	w
4	841/02	38	w	Landwirtschaft	TB, Hämoptyse	10 km	37	m
5	141/20	42	m	Verkauf	Ermüdung	10-60 km	34	w
5	141/08	59	m	Musiker	Dyspepsie, Würmer Flatulenz	3 km	34	w
5	281/03	32	m	Lehrer	Psychoneurose, Kopfschmerzen	3 km	41	w

Beispiel 1 für Clustergruppe 1: Konsultationsgespräch 712/11

Alter und Geschlecht von Arzt und Patient sind gleich: Sie sind beide männlich und 35/36 Jahre alt. Der Patient kommt wegen einer Hautkrankheit in die Sprechstunde.

Das Gespräch beginnt mit einer offenen Frage nach dem Befinden, um dem Patienten die Möglichkeit zu geben, seine Beschwerden mitzuteilen. Das ist die gebräuchlichste Art der Gesprächseröffnung. Nach einer sehr allgemeinen Beschreibung des Symptoms versucht der Patient bereits mit der dritten Äußerung die Initiative zu ergreifen, möchte - noch etwas halbherzig - einen Zusatz machen, wird jedoch daran vom Arzt gehindert (3,4) [1].

Die Unfähigkeit des Arztes, den Patienten ausreden zu lassen, hat langwierige Folgen, denn während der Arzt sich die juckenden Hautstellen des Patienten anschaut (5), überwindet dieser sein Zögern und äußert seinen Wunsch nach einem bestimmten Medikament, dessen Zusammensetzung er von einem anderen, ähnlich Erkrankten erhalten habe. Hier beginnt das Gespräch eine Wendung zu nehmen, die von dem für den Arzt wichtig erscheinenden Problem der Hautkrankheit wegführt. Dr. P. wird inquisitorisch, ein sichtbares Zeichen seiner Ablehnung. Für ihn scheint die Quelle des gewünschten Medikaments und die Person des Vermittlers wichtiger zu sein als die Symptomatik (6-9). Die anonyme Konkurrenz, die seine Kompetenz in Frage zu stellen scheint, ist ungewöhnlich; er versucht sie aus der Anonymität herauszuziehen. So geht diese Art der Erfragung des "woher" und "von wem" noch eine Weile weiter (10-13), bevor er sich wieder seiner ärztlichen Funktion erinnert und nun endlich dem Patienten zu erklären versucht, daß seine Hautkrankheit eine von vielen ist, und nicht jedes Medikament, das anderen geholfen hat, für ihn das richtige ist (14).

---

1) Die Zahlen in Klammern geben die Analyseeinheit im Konsultationstext an. Die Konsultationstexte sind mit den entsprechenden Nummern bezeichnet; siehe Anhang 3.7, S. 129 ff.

Dr. P erreicht bis zu Beginn dieser Erklärung bereits 3/4 der Textlänge, die er durchschnittlich während eines Konsultationsgesprächs spricht (durchschnittlich 85 cm). 30 der 63 cm Textlänge verwendet er allein dazu, den Namen eines anderen Krankenhauses zu erfahren, aus dem die Verschreibung stammte.

Herr Chin ist inzwischen von den Fragen des Arztes verwirrt und irritiert, denn seinen Erfahrungen gemäß hat das Medikament, das er selbst schon ausprobierte, auch geholfen (14). Diese Aussage verführt den Arzt zu einer resignierten Bestätigung (16), doch er macht keine Zugeständnisse. Er wird dem Patienten ein Medikament seiner Wahl verschreiben, das eine ähnliche Zusammensetzung hat (17). Auf die einfältige Frage des Patienten, ob er zwei Medikamente verschrieben habe, (17), reagiert Dr. P. böse:"Ich behandle Sie, oder?" (18). Herr Chin wird ihm lästig, er verschreibt ihm das Medikament und schickt ihn in die Apotheke des Krankenhauses, um es dort abzuholen (20,21). Nach Ansicht des Arztes ist damit die Konsultation beendet. Herr Chin möchte die Verschreibung, die er mitbrachte, wieder mitnehmen (21), doch Dr. P. hat das alte Rezept schon weggeworfen (23,26), obwohl das nicht notwendig war, um seine Autorität zu demonstrieren, die Herr Chin infrage zu stellen schien.

Erklärung und Verschreibung der Medikamente erbringt 62 cm Text des Arztes, doch damit ist das Gespräch nicht beendet, denn Herr Chin braucht sein altes Rezept und Dr. P. mußte am Schluß eine Abschrift anfertigen (25-28), die Herr Chin mit entschuldigendem Lachen entgegennimmt: Er habe das Rezept ja nur von einem Bekannten geliehen (29).
Bis die Abschrift endlich fertig ist, verbraucht Dr. P. nochmals 78 cm Text, d.h. insgesamt mehr als die Hälfte der Zeit, sich mit irrelevanten Dingen zu beschäftigen.
Er war nicht interessiert, den Patienten anzuhören, ihn in genügender Weise über seine Erkrankung aufzuklären und bezüglich seiner Behandlung zu informieren. Die Wichtigkeit, Patienten anzuhören, erkennt er nicht an. Bei anderen Patienten erweckt er den Eindruck, als höre er ihnen überhaupt

nicht zu. Herr Chin seinerseits hinterläßt nicht den Eindruck, als sei er überzeugt, daß die ihm verschriebene Medizin bei ihm die gleiche Wirkung habe wie die andere Medizin bei seinem Bekannten.

Herr Chin erwies sich in diesem Gespräch - trotz seines "krengchai" [1] - als Meister im "Bargaining", wie es so offen in der thailändischen Praxis selten vorkommt. Sein Ziel war, ein bestimmtes Medikament, dessen Wirkung ihm bekannt war, vom Arzt zu erhalten. Durch das Verhalten des Arztes befindet sich Herr Chin in einem Loyalitätskonflikt, der ihn in seiner Auseinandersetzung mit Dr. P. bestärkt: Soll er Dr. P. das alte Rezept lassen, oder muß er es nicht dem Bekannten zurückgeben, der ihm eine Gefälligkeit getan hat. Aus seiner Sicht tut Dr. P. ihm keine Gefälligkeit, weshalb er sich ihm gegenüber nicht verpflichtet zu fühlen braucht. Er kann also mit seiner Verpflichtung dem Bekannten gegenüber moralischen Druck auf Dr. P. ausüben - dessen Autorität er trotzdem akzeptiert - um zum Erfolg zu gelangen (8,23,25-28).

Dr. P. zeigt in diesem Gespräch, daß er negativ bewertet, wenn ein Patient sich anmaßt zu beurteilen, welches Medikament gut für ihn sei. Damit geht er an der Tatsache vorbei, daß dieses Land außerhalb der Hauptstadt und den Provinzhauptstädten medizinisch chronisch unterversorgt ist und daß sich der Laie häufig auf zweifelhaften Rat verläßt. Er setzt sich deshalb mit Herrn Chin auf der Beziehungsebene auseinander, um sein vermutetes Fremdrollenschema zu korrigieren und um das ärztliche Selbstbild zu verteidigen, statt Klarheit auf der Inhaltsebene zu schaffen. Hätte Dr. P. sich das Rezept aus dem anderen Krankenhaus (Rama Hospital Bangkok) genau betrachtet (bereits in 7), hätte er sofort entscheiden können, ob dieses Medikament auch für diesen Fall angebracht sei und hätte Herrn Chin über die dagegen sprechenden Gründe aufklären können mit der größeren Gewißheit, daß dieser das verschriebene Medikament später auch tatsächlich

---

1) Thai-Begriff für Rücksichtnahme, Handeln bei Akzeptierung von Autorität.

anwenden würde. Ob Herr Chin das Medikament anwenden wird, das ihm nur nebenbei begründet und fast gegen seinen Willen aufgezwungen worden war, ist zumindest fraglich. Man kann mit einiger Wahrscheinlichkeit erwarten, daß er - wenn nicht ein schneller Erfolg eintritt - mit der vom Freund entliehenen Verschreibung ein anderes Krankenhaus aufsuchen wird.

Dr. P. hält in dieser Konsultation die Phasenstruktur nicht ein. Er widmet 58 % seiner Textlänge den sachlichen Inhalten, wenn man die Frage nach der Herkunft (7-13) des Rezepts als Fragen zur früheren Behandlung betrachtet und die Inhalte bis Einheit 21 als Behandlungshinweise nimmt, wie es die Auswertung vorschlägt. Wenn wir den Arzt kritisch beurteilen, bleiben für die informationserhebende Phase nur 10 % (statt 26 %), für die informationsvermittelnde Phase zur Diagnose und Ursache 20 % und für informationsvermittelnde Phase zur Behandlung 20 % (statt 30 %). Seine Sequenzmaße SABW und GABW liegen, obwohl INHM und FABW dem Sprechstundendurchschnitt dieser Clustergruppe entsprechen, rund 20 Punkte über dem Durchschnitt.

Dr. P. zeigte in dieser Konsultation deutlich, daß er aus seiner gewöhnlichen Routine, aus seinem üblichen Schema herausgerissen wurde. Dieses Schema wird im nächsten Konsultationsgespräch zwischen Dr. P. und Herrn Winai deutlich.

Beispiel 2 der Clustergruppe 1: Konsultationsgespräch 713/23

Dr. P., 36 Jahre, männlich; Herr Winai, 32 Jahre.
Herr Winai kommt aus dem gleichen Ampoe, etwa 40 km vom Krankenhaus entfernt, wie Herr Chin (ein Patient Dr. P's aus einer früheren Sprechstunde). Herr Winai sucht Dr. P. wegen einer Sinusitis (5) auf (maxillary sinusitis). Dr. P. hat keine Schwierigkeiten, in kürzester Zeit die Diagnose zu stellen (2-6). Er verschreibt sofort Medikamente (7-9): Terramycin, Ampillicin N.T.R., Deparon und Tanderil; was beweist, daß er ernsthaft etwas gegen die Sinusitis unternimmt (7).

Herr Winai hat währenddessen Gelegenheit, näher auf seine Beschwerden einzugehen. Ihm sei schwindlig (1), er fühle sich bedrückt, deprimiert und tags zuvor sei er in Ohnmacht gefallen (7); Symptome, die nur schwer mit einer Sinusitits zu erklären sind.

Hier entsteht wieder der Eindruck, als ginge Dr. P. nicht darauf ein. Patient und Arzt agieren aneinander vorbei. Für Herrn Winai sind Schwindelgefühl und Sich-Deprimiert-Fühlen (1,7) wichtig, weil er keine Erklärung dafür hat. Sie können Hinweise auf psychische Störungen sein. Dr. P. ist aber nur am physiologischen Erscheinungsbild der Sinusitis interessiert, ihm genügt bereits die erste Symptombeschreibung des Patienten, die folgenden überhört er. Betrachtet man die Aussage des Patienten und die Reaktion des Arztes darauf, findet man, daß die beiden kein übereinstimmendes Ziel in ihrer Interaktion haben. Herrn Winai bedrückt etwas, er möchte über etwas anderes sprechen als nur über die Sinusit doch Dr. P. will an seinem Schema festhalten. Er überhört sogar die Kritik an Injektionen und verordnet eine neue, ohne zu erklären, warum dies notwendig ist. Herr Winai insistiert auch nicht auf seinen weiteren Symptomen, er akzeptiert ohne weiteren versteckten Einwand. Dr. P. schloß

damit wieder einmal eine Behandlung in seinem Stil ab; Penicilline, Kopfschmerztabletten und Nasensprays werden wohl Herrn Winais Sinusitis heilen, seine weiteren Beschwerden werden nach wie vor anhalten.

Dr. P. gibt seinem Patienten anscheinend viel Raum zum Sprechen, doch beeinflussen ihn seine Aussagen nur in begrenztem Umfang. Er scheint weitergehende Interessen nicht zu haben als offensichtliche Krankheitsbilder zu kurieren, soziale und psychische Störungen sind für ihn irrelevant, bleiben unbeachtet. Der Eindruck, den er in den Konsultationen macht, ist geprägt von seiner unpersönlichen Art, Patienten zu behandeln, einer Ausdruckslosigkeit in seiner Haltung, die zu erkennen gibt, daß er nur arbeitet, weil er arbeiten muß. Über allem steht der Eindruck, er sei vollkommen uninteressiert.

Beispiel 3 der Clustergruppe 1: Konsultationsgespräch 921/39

Dr. L., 27 J., weiblich, Patient: Herr Guu, 49 Jahre .
Herr Guu hat Schmerzen in der Brust (1). Dr. L. stürzt sich sofort auf diese Aussage. Obwohl Herr Guu die Symptome weiter von sich aus erläutern wollte, unterbricht ihn Dr. L. Damit läßt sie eine Grundregel guten Interviewens außer acht, die dem Arzt empfiehlt, sich zu versichern, daß der Patient sein gegenwärtiges Problem detailliert darstellt. Auch soll er nicht die Möglichkeit außer Acht lassen, daß den Patienten eventuell mehrere Probleme gleichzeitig bedrücken , und dies durch Nachfragen klären.

Diese Grundregeln halten Dr. L. wie auch der vorige Arzt, Dr. P., nicht ein. Dr. L. fragt einen Rahmenkatalog ab: Was tut weh? Seit wann? Wo? und Wie? Das fragt sie jedoch gründlich (1-8), versichert sich nach einer Unterbrechung nochmals der gleichen Antwort (11-13).Eine Unterbrechung, hervorgerufen durch Krankenhausangestellte oder andere Patienten, ist eine Störung des Gesprächsablaufs, wie sie in dieser Konsultation deutlich wird und wie sie auch in anderen Sprechstunden nur allzu häufig auftritt. Herr Guu benutzt jedoch die Gelegenheit, den Wunsch zu äußern (9), sich röntgen zu lassen, weil sein Kind ihm dies empfohlen habe (14). Zuerst wird sein Vorschlag nur kurz zurückgewiesen (10), doch als er wiederholt wird, gibt Dr. L. eine Erklärung für die Ablehnung. Die Untersuchung habe ergeben, daß eine Röntgenaufnahme nicht notwendig sei (15). Warum das so sei und was die Untersuchung ergeben hat, bleibt immer noch unklar. Der Wunsch von Herrn Guu läßt erkennen, daß er sich über seine Erkrankung Sorgen macht und sich mit seiner Familie darüber beraten hat. Man ist wohl zu dem Schluß gelangt, es sei besser, er gehe ins Krankenhaus und ließe sich röntgen, denn die Schmerzen in der Brust, die ihn offensichtlich ängstigen, könnten etwas mit der Lunge zu tun haben. Dr. L. ist wohl ebenfalls dieser Vermutung gefolgt, als sie ihn

fragt, ob er huste (4, 13). Sie äußert aber weder ihre Hypothese, noch behebt sie durch eine klärende Bemerkung die Ungewißheit des Patienten.

Nach der zweiten Ablehnung, ihn zu röntgen, fragt Herr Guu nun seinerseits, ob seine Schmerzen von der Lunge kämen (15). Dr. L. ist von dieser Frage überrascht, denn Herr Guu habe doch noch nie gehustet (16). Für sie scheint durch die Feststellung (13), daß er nicht huste, diese Frage bereits beantwortet. Für den Patienten war dieser Kausalzusammenhang nicht gegeben. Tatsächliches Wissen des Patienten und das vom Arzt erwartete klaffen auseinander. Dr. L. setzt zuviel medizinisches Wissen voraus. Die Information: kein Husten - keine Erkrankung der Lunge erreicht den Empfänger nicht. Die Mitteilung wird nicht dekodiert, weil die entsprechende Vorkenntnis fehlt.

Die Überschätzung der Vorkenntnisse beim Patienten ist ein Element, das zu Mißverständnissen und Kommunikationsschwierigkeiten in der Arzt-Patient-Interaktion beiträgt. Nicht allein das Problem des Arztverhaltens ist hier von Bedeutung, sondern auch seine Beurteilung des Patienten oder besser gesagt, sein Fehlurteil. Um derartige Mißverständnisse und Fehleinschätzungen zu vermeiden, muß sich der Arzt davon überzeugen, daß das, was er sagt, auch verstanden wird. Das gilt auch für die Behandlungsanweisungen.
Bei Dr. L. fehlt das völlig. Ohne Kommentar gibt sie dem Patienten sofort das Rezept (17). Offensichtlich erwartet Herr Guu noch eine Erläuterung zum Medikament und die Angabe, wann er wiederkommen soll; denn halb zögernd, halb fragend sagt er 'Ja', als er das Rezept in Empfang nimmt. Diesen Hinweis des Patienten auf sein mangelndes Verständnis kann Dr. L. nicht interpretieren, sie sagt nur, daß er gehen könne (18).

Betrachten wir uns die Struktur dieses Gesprächs, so finden wir eine starke Abweichung von der durchschnittlichen Gesprächsstruktur dieses Arztes, die normalerweise mit der der Clustergruppe fast identisch ist.
Die Clustergruppe hat Abweichungswerte: SABW = 65 und GABW = 51[1)], Dr. L. hat die Abweichungswerte SABW = 60, GABW = 47. In diesem Gespräch jedoch ist SABW = 31, und GABW = 28. Diese geringen Werte beruhen auf der einseitigen Hinwendung des Arztes auf die Phase der Informationserhebung, für die sie 70 % ihres Gesprächsanteils verwendet; weitere 17 % beziehen sich auf die Diskussion, ob der Patient geröntgt werden soll oder nicht, und die restlichen 13 % verteilen sich auf die Diagnosestellung (15) und die Behandlungsanweisung (17). Die dritte Phase ist in diesem Gespräch äußerst kurz. Daher ist Herrn Guus Erstaunen (17,18) zu verstehen, der zu diesem Zeitpunkt vermutlich eine nähere Beschreibung der Anwendung des Medikaments erwartete. Aus den Äußerungen des Arztes geht jedenfalls nicht hervor, um welche Art Medikament es sich handelt und wie dieses angewendet wird. Der Mangel an solchen Informationen führt letztlich dahin, daß der Patient Medikamente nicht weisungsgerecht nimmt und in der Anwendung verunsichert ist.

1) s. Anhang, S. 123, Tab. A 83, Var. 6 (GABW) und Var. 7 (SABW).

Beispiel 1 der Clustergruppe 2: Konsultationsgespräch 431/02

Arzt: Dr. S., männlich, 38 Jahre; Patientin: Frau Nuan, 60 J.

Dr. S. bestreitet in diesem Gespräch 65% der Textlänge selbst. Er betont die Inhaltsbereiche der Phase 1 (Anamneseerhebung und Symptombefragung) mit 46 % seiner Textlänge und den Inhaltsbereich der Phase 3 (Behandlungshinweise) mit 51 %. Auf Diagnose- und Ursachennennung entfallen nur 3 %. Seine Abweichungswerte (SABW, GABW) liegen weit unter dem Durchschnitt, obwohl er mehr Inhaltselemente (INHM) äußert. Diese Relation deutet auf ein sehr rigides Vorgehen, bzw. eine stark begrenzte Streubreite der Inhalte. Im ersten Teil des Gesprächs geht Dr. S. fast ausschließlich auf die Anamneseerhebung ein, danach fast nur auf Behandlungsmaßnahmen.

In die lange Sequenz von Behandlungshinweisen[1] gelingt es der Patientin, eine prognostische Frage und eine indirekte Frage zur Diagnose einzuschieben, die der Arzt auch beantwortet. Vermutlich wären sonst Inhalte der Phase 2 nicht zur Sprache gekommen.

Frau Nuan ist für Dr. S. keine Unbekannte, obwohl sie lange nicht mehr in der Sprechstunde war.(4). Frau Nuan ist schon alt, und die Reise aus dem 30 km entfernten Dorf in die Stadt ist für sie vermutlich mit großen Unbequemlichkeiten verbunden. Der Arzt untersucht die Patientin kurz, befragt sie nach ihren Symptomen (5-7) und empfiehlt ihr, dieses Mal im Krankenhaus zu bleiben (9-11). Frau Nuan möchte offensichtlich einen Krankenhausaufenthalt vermeiden (9), denn sie müßte längere Zeit dableiben (13). Die Aussicht auf einen Krankenhausaufenthalt hat vermutlich auch den Arztbesuch hinausgeschoben. Dr. S. versucht nicht, sie zu überreden, im Krankenhaus zu bleiben, obwohl er ihr mitteilt, daß sie sehr krank sei.(17). Er geht auf die Furcht der alten Frau vor einem Krankenhausaufenthalt höchstens unwillig ein, wenn er ihr sagt,

1) die abgesehen von dem Anbieten einer Injektion nur aus Wiederholungen des Angebots, sich im Krankenhaus behandeln zu lassen, besteht.

daß es im Krankenhaus nicht so bequem sei wie zuhause (19). Er wirkt kalt, unpersönlich und abweisend in der Art, wie er eine Entscheidung fordert (18). Ihre Überlegungen, wer zuhause nach dem Rechten sieht (18), interessieren ihn nicht.

Als sich Frau Nuan doch entschließt, im Krankenhaus zu bleiben (19), will es Dr. S. noch sicherer wissen und schickt sie und ihren Begleiter aus dem Sprechzimmer, damit sie miteinander darüber reden können, ohne ihn zu stören (20).

Die Sprechstundenhilfe hat sich dem Interaktionsstil des Arztes angepaßt (18, 19). Sie pflichtet ihm bei: "Was für ein Umstand, nicht wahr !?" (20).

Einige Zeit später teilt Frau Nuan das Ergebnis ihrer Besprechung der Krankenschwester mit. Eine direkte Interaktion zwischen Arzt und Patient kommt nicht mehr zustande. Auf den Entschluß, im Krankenhaus zu bleiben, reagiert Dr. S. unbeteiligt (25,26).

Der größte Teil des Gesprächs befaßt sich nur mit der Frage, ob die Patientin gleich eingewiesen wird oder nicht. Nachdem die Entscheidung für eine Einweisung gefallen ist, verliert sie anscheinend an Bedeutung. Informationen zu den folgenden Schritten fehlen völlig. Welche Behandlung für die Patientin vorgesehen ist, wird ebenso wenig erwähnt wie die Diagnose. Ihre Fragen hierzu werden nur notdürftig beantwortet.

Dieses Gespräch vermittelt das Bild des Arztes der Clustergruppe 2: unbeliebte Ärzte, die kalt, abweisend und ohne Gefühl für den Patienten sind und die nur ungenügend informieren.

Eine Besonderheit zeigt dieses Gespräch, die jedoch nicht Ursache für das vorliegende Arztverhalten ist, sondern höchstens modifizierend wirkt: Frau Nuan spricht einen laotischen Dialekt [1], den zu verstehen Schwierigkeiten bereitet. So ist zu erklären, weshalb einige Textstellen nicht übersetzt werden konnten, obwohl die Information vom Kontext her erschlossen wurde, und auch der Arzt, aufgrund von Verhaltensweisen, die möglicherweise auch für ihn unverständlichen Antworten interpretieren kann.

Wegen der Schwierigkeiten mit Dialekten begrenzten wir das Untersuchungsgebiet auf Zentralthailand, so daß solche Fälle wie der vorliegende selten sind. Aber gerade ein solches Konsultationsgespräch zeigt die Schwierigkeiten, denen selbst ein einheimischer Arzt in Zentralthailand, viel mehr noch in den entfernteren Provinzen, gegenübersteht. Die sprachliche Barriere bildet dann ein zusätzliches ernstes Hindernis in der Kommunikation mit dem Patienten.

---

1) Vermutlich spricht Frau Nuan den Dialekt der Lao Phuan, den eine Gruppe von laotischen Einwanderer beibehalten hat, die bereits vor mehr als hundert Jahren in diesem Gebiet ansässig wurden. Daraus erklärt sich auch, weshalb Thais mit laotischen Sprachkenntnissen diese Textstellen nicht übersetzen konnten.

Beispiel 2 der Clustergruppe 2: Konsultationsgespräch 031/04

Arzt: Dr. Sa, 36 J. männlich; Patient: Frau Noklek, 30 J.

Der Arzt liegt mit seinen Durchschnittswerten in der Nähe des Gruppendurchschnitts. In einigen Fällen übertrifft er diese jedoch; dies vor allem bei der Interaktionsdauer und der Textlänge, aber auch bei einigen Inhalten, wie z.B. den Fragen zur Person der Patientin und Symptombefragung. Die Phasenstruktur des ausgewählten Gesprächs ist annähernd der durchschnittlichen Struktur dieser Clustergruppe gleich (s. Diagramm 15, S. 246). 71% der Inhalte beziehen sich auf die Informationssammlung zur Anamnese und Symptomatik; 8% beziehen sich auf Diagnose und Ursache und 21 % fallen auf Behandlungsitems. Die Abweichungswerte der Sequenzmaße gestalten sich günstiger als die der Gesamtclustergruppe: Während in ihr pro Inhaltselement zwei gewichtete Abweichungen auftreten, weicht der Arzt in diesem Gespräch mit weniger als einer ab. Dieses Verhältnis von GABW zu Inhaltselementen kann man auf die geringe Anzahl unterschiedlicher Inhalte, die in diesem Konsultationsgespräch angesprochen werden, zurückführen; mit größerer Wahrscheinlichkeit liegt dies aber an der sehr strikten, fast rigiden Vorgehensweise in der Befragung.

Dr. Sa. geht in seiner Befragung lehrbuchmäßig vor: Name, Alter, Familienstand, Symptome (1-4), Beginn der Beschwerden (6,7), Dauer der Störungen (14), Häufigkeit des Auftretens (16), Lebenssituation (19) und deren mögliche Verbindung zur Symptomatik (22). Die Fragen sind gezielt, die Antworten brauchen nur kurz zu sein, oft nur 'Ja' oder 'Nein', kaum sind die Schilderungen ausgreifend. Die Untersuchung ergibt, daß die Patientin körperlich gesund scheint. Ihre Symptombeschreibung (4-6, 9-13), 15, 17, 21) deutet nicht auf körperliche Ursachen hin.

In Einheit 21 erreicht das Gespräch einen wichtigen Punkt. Die Antwort der Patientin nimmt in ihrer Lautstärke so ab, daß sie kaum noch zu verstehen ist. Man kann gerade noch ausmachen, daß sie keine Kraft hat, wenn sie etwas tut. Bereits einmal hätte sie eine ähnliche Frage nicht beantwortet (18), wenn Dr. Sa nicht drei Fragen aufeinmal gestellt hätte (19), von denen Frau Noklek dann die letzte, unbedeutendste bejahte. Die Wiederholung ausweichenden Verhaltens fällt Dr. Sa nicht auf. Er stellt wieder 3 bis 4 Fragen aufeinmal (22), von denen Frau Noklek vermutlich wieder nur die letzte beantwortet; einen sicheren Bezug gibt ihr 'Ja' aber nicht. Hier spätestens hätte Dr. Sa aufmerksam werden müssen. Die Situation von Frau Noklek in ihrer häuslichen, sozialen Umgebung, die Arbeitsbelastung, Sorgen und Probleme drücken sich in ihrem ganzen Verhalten aus. Auch Dr. Sa spürt das , doch zieht er die falschen Konsequenzen. Er macht den gleichen Fehler vieler seiner Kollegen, die, wenn sie soziale oder psychische Ursachen wittern, kurzerhand die Diagnose stellen, Medizin verschreiben und den Patienten wegschicken. Sein Arztbild beschränkt sich auf den Spezialisten für physiologische, organogene Erkrankungen.

Dr. Sa's Eindringen in den Bereich der Sozialbeziehungen, seine Fragen nach situationalen, sozialen und persönlichen Ursachen bleiben an der Oberfläche , scheinen bei ihm selbst keinen Widerhall zu finden. Vielleicht stand in seinem Lehrbuch auch, daß man diese Fragen stellen müsse (22), wenn eine klare Organstörung bis dahin nicht gefunden wurde. Aber es stand vermutlich nicht im Lehrbuch, daß ein Arzt psychologisch geschult sein muß, wenn er schon nicht genügend Kenntnisse besitzt, was soziale Beziehungen und deren Störungen angeht oder andere psycho-soziale Probleme. Mit entsprechender Ausbildung hätte er gewußt, wie er das Gespräch weiterführen könnte, um seiner Patientin zu helfen. Die logische Folge seines Nichtwissens ist das, was Dr. Sa. dann macht: er verschreibt Medizin (23) und gibt Frau Noklek noch ein paar Verhaltensratschläge mit auf den Weg(24).

Warum war dieses Gespräch so einseitig auf die Informierung des Arztes ausgerichtet und nicht auch auf die des Patienten, wo Dr. Sa. doch im Durchschnitt nur 46 % seines Gesprächsanteils auf die Informationserhebung verwendet? Liegen die geäußerten Beschwerden von Frau Noklek tatsächlich außerhalb seines ärztlichen Kompetenzbereichs, hatt Dr. Sa. wirklich nur eine solch einseitige Ausbildung erfahren, wie oben vermutet; und hatte er in seinen klinischen Semestern und in den Jahren seiner Tätigkeit in Krankenhäusern nicht gelernt, Patienten dieser Art zu behandeln? Fast ist man versucht, Dr. Sa. zu empfehlen, Frau Noklek und Kranke mit gleichen Beschwerden den lokalen traditionellen Heilern zu überweisen, die neben dem Brauen heilender Getränke auch die Sozialbeziehungen kennen und Konflikte aufdecken, die der moderne Arzt anzugehen vermeidet. Oder hat Dr. Sa. Vermutungen, die auszusprechen, ihm bestimmte kulturelle Pattern nicht erlauben? Beabsichtigt er vielleicht doch (22), mit der Frage nach der Familie etwas anderes zu erfahren, als daß die Eltern noch leben, kann das dann aber doch nicht tun, weil es sich hier um eine ledige junge Frau handelt. Vielleicht hat er auch Überlegungen angestellt, warum eine junge Frau von 30 Jahren noch nicht verheiratet ist, denn dies stellt in seiner Kultur doch eine Seltenheit dar bei Frauen, die aus einer sozialen Schicht kommen wie diese von Frau Noklek. Doch Dr. Sa. fragt nicht weiter. Er stellt die Diagnose 'Neurasthenie' und verschreibt vier Medikamente. Neurasthenie scheint für ihn doch wohl eher das Ergebnis aus "some functional disorders of the nervous system"(DORLAND, 1965, S. 1002) zu sein, also eine Art der Neurose, die gewöhnlich das Ergebnis emotionaler Konflikte ist und charakterisiert wird durch Irritierbarkeit, Müdigkeit, Schwäche, Angst und oft lokale Schmerzen ohne augenscheinliche körperliche Verursachung (WEBSTER, 1965). Dr. Sa. verschreibt

seiner Patientin vier Medikamente, versäumt aber, auch nur die Verwendung eines einzigen zu erklären. Gesprächsstruktur und Verteilung der inhaltlichen Variablen zeigten bereits vor Kenntnis des Textes dieses Konsultationsgesprächs an, daß ein Mißverhältnis in der Relation von informationsermittelnden zu -gebenden Inhalten besteht. Das entspringt der Unfähigkeit dieses Arztes, mit Patienten gleicher oder ähnlicher Symptomatik effektiv zu interagieren. Generell kann für den Arzt gesagt werden, daß das Verhältnis befriedigend ist. Im ganzen erfolgt aber bei der Clustergruppe 2 - wie bei diesem Arzt zu sehen ist - die Nennung von Diagnosen, Ursachen und Behandlungshinweisen seltener als in der Clustergruppe 1. Dr. Sa wirkt auch in seiner Anamneseerhebung sachlich, kühl, distanziert, unpersönlich und nicht sehr an seinen Patienten interessiert.

Beispiel 1 der Clustergruppe 3: Konsultationsgespräch 171/06

Dr. R. 30 J. weiblich; Patient: Frau Wimol, 40 J.

Dr. R. gehört der Gruppe von Ärzten an, die die Beobachter ohne ausgeprägte charakteristische Merkmale ihres Interaktionsstils wahrnehmen. Durch die Clusteranalyse wurde sie der Gruppe 3 zugeordnet. Diese Gruppe ist auch im Verbund der Clustergruppen eher durch Mittelmäßigkeit gekennzeichnet, was Textlänge und Auftretenshäufigkeit einzelner Inhalte betrifft. Interaktionsdauer, Sprechdauer und Gesamttextlänge folgen dem gleichen Trend; ihre Werte nehmen nach Gruppe 5 hin zu. Clustergruppe 3 zeichnet sich anderen Gruppen gegenüber dadurch aus, daß die Gesprächsanteile von Arzt und Patient ungleich verteilt sind. Die Ärzte dominieren nicht nur von der funktionalen Verteilung her die Gespräche, sondern auch von der Menge ihrer Beiträge. Im Durchschnitt bestreiten sie 70 % eines Gesprächs selbst. Diese Gruppe ist ausgesprochen gesprächsdominant.

Im vorliegenden Gespräch entfallen sogar 80 % des Textes auf den Arzt. Dr. R. hat generell 4mal mehr Text als ihre Patientin. In der Phasenstruktur legt sie im Durchschnitt mehr Betonung auf die Behandlungshinweise, nicht jedoch in diesem Gespräch, in dem 46 % auf die informationserhebende Phase entfallen. Die tatsächliche Verteilung der Inhalte entspricht den Sollwerten: 46 % zur Informationserhebung, 19 % zur Informationsvermittlung von Diagnose und Ursache, und 34 % zur Informationsvermittlung bezüglich der Behandlung.

Dr. R. erfragt zuerst die Symptome (2-8), bevor sie sich nach den möglichen Ursachen erkundigt (12). Der Fall scheint für sie klar zu sein; schwierig für sie ist nur, die Behauptung von Frau Wimol zu prüfen, daß der Fuß geschwollen sei (6-14). Was die Schwellung und den Schmerz verursacht, bleibt unausgesprochen. Aber mit einer Medizin zum

Einreiben und einer Bandage kann geholfen werden (18-23). Dr. R. informiert die Patientin über die Anwendung der Medizin und den Gebrauch der Bandage ausführlich und wiederholt ihre Anweisungen 2 bis 3mal (19-23), damit Frau Wimol sie sich gut einprägen kann. Die Wiederholung der Inhalte, an die sich ein Patient erinnern soll, ist ein Technik zur Förderung guten Behaltens. Sie wird häufig der Ordnung und Klassifizierung von Inhalten als gleichwertig betrachtet, ist aber einfacher zu handhaben. Es bleibt offen, ob häufige Wiederholungen den Gesprächsablauf nicht zerstückeln und es dem Patienten dadurch nicht erschweren zu folgen. Sie mögen mit dazu beitragen, daß ihre Abweichungswerte höher als beim Gruppendurchschnitt ausfallen.

Dr. R. vermittelt in diesem Gespräch den Eindruck einer kühlen professionellen Ärztin, ist dabei aber nicht abweisend (7,8). Sie ist höflich und bestimmt (9), kann gleichzeitig aber auch schelten, wenn es ihr gerechtfertigt erscheint, wie im 2. Teil von Einheit 9.

Beispiel 2 der Clustergruppe 3:Konsultationsgespräch 312/03

Dr. W., 39 Jahre männlich, Patientin: Frau Yuphin, 26 J.

Dr. W. hat hohe Abweichungswerte (SABW, GABW). GABW-Werte sind doppelt so groß wie im Clustergruppendurchschnitt. Seine durchschnittliche Gesprächsstruktur gleicht der des vorliegenden Gesprächs. Im Durchschnitt verwendet er 60 % seines Gesprächs zur Anamneseerhebung und Symptombefragung, 13 % für Diagnose- und Ursacheninformationen und 27 % für Behandlungshinweise. Im Verlauf des Gesprächs wird deutlich, weshalb seine Abweichungswerte so hoch sind, obwohl er sich primär nur auf einen Inhaltsbereich konzentriert, was dennoch zu einem dem Gespräch 031/04 entgegengesetzten Ergebnis führt.

Dr. W. ist ein etwas nervös wirkender Arzt, er stottert gelegentlich (11,13,16,33). Häufig verwendet er auch bestätigende und erstaunte 'Ah'- und 'Oh'-Laute. In dieser Art beginnt er auch seine Konsultation (1,2). Frau Yuphin beginnt mit ihrer Symptombeschreibung erst einmal allgemein (2), und Dr. W. möchte mehr erfahren.

Es ist wohl ein Irrtum zu glauben, der Arzt könne den Patienten beschreiben lassen, welche Schmerzen, Gefühle Erfahrungen dieser mit seiner Erkrankung gemacht hat und einfach zuhören, um aus der laienhaften Beschreibung seine medizinische Diagnose abzuleiten. Der Arzt muß selbst klärende Fragen stellen. Demzufolge sind die Informationselemente immer Fragen und Aussagen.
In einem wohl abgewogenen Rahmen zu fragen, ist eine der Fähigkeiten, die ein Arzt erlernen muß. Dr. W. verfällt zu schnell in das Gegenteil: Er läßt der noch zu beantwortenden Frage, was der Patientin noch fehle, sofort eine zweite Frage folgen (3), die für die Symptombeschreibung unerheblich ist, die die Patientin aber aufgreift (3). Konkrete, wenn auch unerhebliche Fragen werden von Patienten sofort aufgegriffen und beantwortet, im Gegensatz zu mehr abstrakten Fragen.

Die Konsultationsgespräche zeigen außerdem, daß meist die zuletzt genannte Frage beantwortet wird, während die vorangegangenen unbeantwortet bleiben.

Dr. W. wechselt gleich wieder das Thema (4), um danach zum vorigen für längere Zeit zurückzukehren (5- 10). Die Themenfolge: Was fehlt allgemein - hat die Patientin Kinder - hat sie die Periode gehabt - wieviel Kinder hat sie - warum nicht mehr - führt sie Geburtenkontrolle durch - ist der Mann gesund - bewegt sich nur um ein Problem, ohne es tatsächlich aufzugreifen (1-10).

Nach der Inspektion des Halses (11) kehrt Dr. W. wieder zur allgemeinen Frage zurück: Was der Patientin denn heute fehle. Frau Yuphin vermittelt ihm einen neuen Hinweis: Herzzittern (11). Was kann das alles für Bedeutungen haben? Physiologisch betrachtet können dies Herzrhythmusstörungen sein, psychologisch kann dies aber auch die Konnotation haben, daß die Patientin sich Sorgen macht, Angst hat oder von einer Ungewißheit geängstigt wird.

Dr. W. greift zum Stethoskop, eine für einen Mediziner durchaus adäquate Handlung, die auch Aufschluß gibt, welche Interpretation er der Patientenaussage gibt. Das Ergebnis des Abhörens ist ohne Befund. Also kann ihm vielleicht das Sich-Schwach-Fühlen der Patientin weiterhelfen. Er fragt nach ihrer Tätigkeit (16-18), auch das bringt keinen Hinweis. Er verschreibt Tabletten (19). Wir haben zuvor gesehen, daß das normalerweise das Ende der Konsultation bedeutet. Doch Frau Yuphin möchte wissen, was ihr fehlt (19). Dr. W. glaubt, es seien ihre Nerven (20). Die Patientin scheint ihm über etwas besorgt zu sein, anscheinend hat das Herzzittern (11) bei Dr. W. doch noch eine andere Assoziation ausgelöst - oder gab ihm nur die besorgte Frage von Frau Yuphin den Anstoß zu fragen, worüber sie sich Sorgen mache (20). Eine einfache Frau, noch jung, Verkäuferin, worüber mag sie sich Sorgen machen. Dr. W. sieht einige Möglichkeiten: die Kinder (22) oder Streit (22).

Kons.- No. 312/03

Frau Yuphin verneint. Dr. W. bestätigt ihr, seiner Meinung nach sei sie gesund und in gutem Zustand. Sie solle die Dinge aber leichter nehmen und sich nicht soviel Sorgen machen (23,24). Die nächsten Fragen ergeben, daß Frau Yuphin, obwohl sie in einem guten Zustand ist, nicht essen kann. Dr. W. kann sich dies nicht erklären, ist etwas ratlos (26). Frau Yuphin wird jetzt deutlich, sie möchte wissen, was mit ihr nicht in Ordnung ist (26). Die Antwort Dr. W's besteht aus einer Gegenfrage (27): "So, warum?" Frau Yuphin antwortet darauf, weil sie ihre Periode nicht gehabt habe (2). Frau Yuphin hat ihre seit Jahren regelmäßig eintretende Monatsblutung nicht zum erwarteten Zeitpunkt und ist verstört und leicht geängstigt sofort in die Sprechstunde Dr. W's gekommen. Dr. W. kann ihr noch keine Antwort darauf geben, sondern bittet sie, in zwei Wochen wieder zu kommen, da dann erst ein Urintest möglich sei (28,29). Er verschreibt ihr noch eine Injektion (32) und bietet ihr an, in zwei Wochen wieder zu kommen, wenn sie bis dahin noch keine Blutung habe. Dann schickt er sie zur Krankenhausapotheke, um die Medikamente abzuholen (Stesolid, B_1-G-12, Meprobamat).

Dieses Konsultationsgespräch zeigt, daß Dr. W. in seinem Vorgehen zwischen verschiedenen Inhaltsbereichen hin und her pendelt. Sein Gespräch ist unstrukturiert und wenig zielgerichtet. Auch bei ihm kann kritisiert werden, daß er nicht in der Lage ist, Probleme zu sehen, die über organische Störungen hinausreichen, und daß er wenig Übung hat, Fragen problemgerecht zu stellen. Zu den genannten Schwierigkeiten kommen noch Kommunikationshindernisse aufgrund sprachlicher Unterschiede, die in diesem Fall jedoch nicht so deutlich sind wie bei dialektalen, aber von nicht geringerer Bedeutung für das Konsultationsgespräch. Es handelt sich hierbei um die sprachlich verschlüsselten Hinweise von Patienten, die die Ärzte häufig nicht in ihrem vollen Bedeutungsgehalt zu erkennen und zu entschlüsseln vermögen. Das Beispiel des

"Herzzitterns" verdeutlicht das. Obwohl die Sprache als therapeutisches Mittel voll anerkannt ist, haben viele Ärzte Schwierigkeiten mit ihrem Gebrauch. Frau Yuphin macht sich über die ausbleibende Periode Sorgen. Sie beschreibt diese Sorgen als körperlich manifestiert, als "Herzzittern", und gibt auch an, daß sie nicht besonders gut schläft. Dr. W. verschreibt ihr Meprobamat und gibt den Rat, Dinge leichter zu nehmen. Dr. W. hat ein Medikament verschrieben, er hat aber die Sprache nicht im therapeutischen Sinn eingesetzt. Er macht in diesem Gespräch zwar einen ersten Schritt in diese Richtung, indem er Frau Yuphin mehr und ausführlicher erklärt, als er dies sonst tut, doch geht er der Ursache nicht nach, wieso eine junge Frau, wenn die Regel nur wenige Tage ausgeblieben ist, in so übersteigerter Form mit Angst reagiert. Wirtschaftliche oder soziale Faktoren könnten hier eine Rolle spielen; z. B. die ständige Angst, bei nicht durchgeführter Geburtenkontrolle ein zusätzliches Kind zu bekommen und in Verbindung damit die Sorge vor der Mehrbelastung. Andererseits ließe sich vorstellen, daß Frau Yuphin generell unter Angstvorstellung leidet und auf kleine Abweichungen vom Normalen und Alltäglichen mit neurotischen Ängsten reagiert. Diese verschiedenen Möglichkeiten in Betracht zu ziehen, gegenseitig auszuschließen und dann eine gezielte Therapie anzusetzen, wäre ein Weg, der Patientin besser zu helfen. Die Chance, das Wohlbefinden der Patientin zu verbessern, wurde aber vergeben und somit ein Teil der Möglichkeiten, die sich im Konsultationsgespräch bieten, nicht genutzt.

Dr. W. repräsentiert in vieler Hinsicht den Arzt der Clustergruppe 3. Er versteht eine gewisse Vertrautheit durch die Frage nach der Familie zu wecken, wobei diese Vertrautheit nur ein Nebenprodukt ist, in dem Bemühen, persönliche Probleme, die für den Fall relevant sein können, in Erwägung zu ziehen. Ihnen wird jedoch nicht konsequent nachgegangen. Zudem versucht Dr. W. seinen Patienten gegenüber freundlich zu sein, indem er - wie z. B. im vorliegenden Gespräch - bei weiblichen Patienten Partikel benutzt, wie sie sonst von weiblichen Sprechern verwendet werden.

Beispiel 1 der Clustergruppe 4: Konsultationsgespräch 351/01

Dr. N., 37 Jahre weiblich, Patient: Herr Somyot, 22 J.

Im ausgewählten Gespräch zeigt Dr.N. eine gleichmäßige Verteilung der Inhaltsbereiche über die Phasen hinweg. Die Ärzte dieser Clustergruppe (4) haben allgemein eine sehr ausgewogene Phasenstruktur, bei der aber auch die informationsermittelnde Phase betont wird. Herr Somyot ist ein junger Korporal (1), der über Herzbeklemmung (2) und zu starken Herzschlag klagt. Außer nach dem Symptom erkundigt sich Dr. N. auch über die Dauer und Häufigkeit des Auftretens sowie den genauen Ort (3-8). Dr. N. untersucht darauf den Patienten. Herztöne und Puls sind normal (9, 10, 15). Dennoch beharrt Herr Somyot auf seinen Symptomen (11-14). Dr. N. ist diesen Schilderungen gegenüber mißtrauisch (9, 11). Sie unterbricht ihn auch häufig während seiner Symptombeschreibung (2,3,5,6,9,10,14), auch später unterbricht sie Herrn Somyot wiederholt (17,23).

Ihre Fragen wirken ab und zu etwas ungehalten und auch ungeduldig, wenn sie z. B. fragt, 'Na, wann tritt denn das Symptom auf, he?' (11). Herr Somyot läßt sich davon allerdings nicht hindern, weiter seine Symptome zu beschreiben und der Ärztin zu erklären, wieso er glaubt, herzkrank zu sein (14,15). Jemand, den er gefragt hat, habe ihm gesagt, er sei herzkrank.[1] Hier finden wir eine Parallele zu dem Gespräch 712/11, bei dem die Medikation vom Patienten notiert mitgebracht worden war. Im vorliegenden Fall ist es nun nicht das Medikament, mit dem behandelt werden soll, sondern es ist die Diagnose, die beim Patienten als gesichert angenommen wird. Auch Dr. N. reagiert unwillig (16,17) wie ihr Kollege. Es interessiert sie aber nicht, wer dem Patienten diese Diagnose genannt hat. Sie stellt ihre fachliche Autorität in medizinischen Dingen durch die entschiedene Feststellung wieder her, daß Herr Somyot ihr auch glauben müsse, wenn er anderen glaubt (18), was er Somyot nicht verneinen kann. Ein Viertel des

1) Interpretation aus dem Kontext: Die Person, mit der er gesprochen hat, war herzkrank. Herr Somyot hat dessen Aussagen dann auf sich bezogen und ist zu dem Schluß gelangt, er selbst sei herzkrank.

Gesprächs ist bis dahin abgelaufen, die Ärztin hat dem Patienten bereits erklärt, daß er gesund ist, daß sie am Herzen und mit dem Blutdruck keinen krankhaften Befund erheben kann. Somit könne Herr Somyot ihre Praxis verlassen.

Herr Somyot findet einen neuen Grund der Besorgnis (18-21). Er kommt regelmäßig in Kontakt mit einem TB-Kranken und befürchtet, daß er sich anstecken wird. Dr. N. geht auf seine Besorgnis ein und gibt ihm Verhaltensratschläge, um eine Ansteckung nach Möglichkeit zu vermeiden. Auch will sie ihn zum Röntgen schicken.(22-29). Aus ihren Bemerkungen wird jedoch ersichtlich, daß sie ihm auch diese Symptome nicht glaubt, sondern annimmt, daß er jeweils die Krankheit zu besitzen glaubt, von denen er andere erzählen hört (29). Der Röntgenbefund stellt sich später ebenfalls als unauffällig heraus (32, 33). Herr Somyot scheint ihr jedoch zu mißtrauen, denn er möchte die Röntgenaufnahme mitnehmen und sie sich später anschauen (35-38). Dr. N. reagiert darauf nun doch etwas gereizt und schlägt ihrem Patienten vor, wenn er Röntgenaufnahmen lesen könne, solle er in das Röntgenzimmer gehen und es dort sofort tun (38). Mit einem Stöhnen 'Oh Mann,wirklich !" ist Herr Somyot aus der Konsultation entlassen.

Herr Somyot hat sich als schwieriger Patient erwiesen, ohne dessen Insistieren auf eine bestimmte Krankheit die Konsultation unter geringerem Aufwand und unter Inanspruchnahme weniger Mittel beendet worden wäre. Außerdem hätte die Ärztin geringere Abweichungswerte erhalten. Ihre in diesem Gespräch weit über dem Gruppen- und eigenen Durchschnitt liegenden Werte kommen vor allem durch die Diskussionen in der zweiten Hälfte des Konsultationsgesprächs zustande. Dabei muß sie durch das Insistieren des Patienten häufig von Behandlungshinweisen zurückgehen auf die Nennung der Diagnose und auf die Symptombeschreibung. Hierdurch ist

der größere Anteil der informationsvermittelnden Phasen zur Diagnose und Ursache zu erklären. Auch die Gesprächsstruktur dieser Konsultation (31 % Symptombefragung - 33 % Diagnose und Ursachenennung - 36 % Behandlungshinweise und Ratschläge) unterscheidet sich von der durchschnittlichen Gesprächsstruktur der Ärztin. Sie zeigt gewöhnlich eine Abnahme von der ersten Phase zur dritten (44 % - 32 % - 23 %) hin. Dr. N. legt nämlich sehr viel Gewicht auf die Nennung der Diagnose und ihre Erklärung. Weit weniger Zeit widmet sie der Behandlungsnennung und den Behandlungshinweisen und Ratschlägen.

Häufige Unterbrechungen der Beiträge der Patienten sind eine Charakteristik dieser Arztgruppe. Dr. N. unterscheidet sich darin nicht von ihren Kollegen. Hinweise in den Gesprächen ihrer Sprechstunde zeigen, daß Dr. N. einige Male Interesse und Aufmerksamkeit ihren Patienten gegenüber erkennen läßt und auch tröstend eingreifen kann. Sie wird dennoch weder als höflich noch als unhöflich beschrieben, obwohl sie relativ häufig ihre Patienten ausschimpft. Die Art, Fragen zu stellen, klingt häufig etwas hart (9, 16), doch kann das durchaus eine Reaktion auf den Patienten sein (37, 38). Ihre Fragen sind klar und eindeutig und selten stellt sie zwei Fragen unterschiedlichen Inhalts zur gleichen Zeit. Trotz gelegentlicher Ungeduld - worauf die vielen Unterbrechungen deuten - und gelegentlichen Unmuts bringt sie viel Entgegenkommen und Langmut für ihre Patienten auf (11-13).

Die Langmut Dr. N's und ihr, wenn auch widerwilliges Eingehen auf ihren Patienten, lassen es als unwahrscheinlich erscheinen, daß sie zu den Ärzten gehört, die jeweils nur die Symptome wahrnehmen, die sie einordnen

Kons.No. 351/01

wollen, weil sie physiologischer Natur sind. Das hypochondrische Verhalten Herrn Somyots läßt sie eine Angstneurose diagnostizieren. Außerdem sind alle von Herrn Somyot vorgebrachten Beschwerden unbegründet. Er ist organisch völlig gesund. Dr. N. verschreibt ihm Stesolid und B-Complex;für psychotherapeutische Maßnahmen fehlen ihr die Ausbildung und die Zeit. Auch wenn ihr für eine adäquate Therapie die Möglichkeiten fehlen, hätten wir erwartet, daß sie sich mehr für die Ursachen interessiert, auch wenn diese nicht organischer Natur sind. Schon zu Beginn des Gesprächs erfahren wir, daß Herr Somyot Soldat ist (1). Damit unterliegt er den für diesen Beruf spezifischen Belastungen. Ordnung, Pünklichkeit, Gehorsam, Leistungsprüfungen und das Leben in Kasernen können durchaus den Patienten überfordern.
Es ist aber auch nicht ausgeschlossen, daß der Patient die Beschwerden ausgewählt hat, weil er von ihnen gehört hat, um sich zusätzliche Freizeit oder Dienstbefreiung zu erwirken. Eine Behandlung, wenn sie überhaupt infragekommt, müßte die Antwort dazu finden.

Beispiel 2 der Clustergruppe 4: Konsultations-No. 841/02

Arzt: Dr. K., 37 J. männlich, Patient: Frau Sangwian, 38 J.

Die Ärzte der Clustergruppe 4 beanspruchen durchschnittlich 60 % des Texts für sich, bei Dr. K sind es 54 % bzw. 55 % in dem ausgewählten Gespräch mit Frau Sangwian. Die durchschnittlichen Sequenzmaße für die Gesamtsprechstunde liegen bei ihm über dem Gruppendurchschnitt, für das Gespräch mit Frau Sangwian liegen alle 4 Werte je 10 Punkte darunter. Die relativierten Werte, die sich auf die Anzahl inhaltlicher Elemente beziehen, zeigen, daß die Abweichungen von SABW und GABW dem Gruppendurchschnitt entsprechen. Die Verteilung der Inhalte über die Gesprächsphasen ergibt für den Sprechstundendurchschnitt von Dr. K. die typische U-Form, ist aber gegenüber der Verteilung der Clustergruppe insgesamt abgeflacht. Er verwendet 36 % seines Textes im Durchschnitt auf Symptombefragung und Anamneseerhebung, 24 % auf Diagnose- und Ursachennennung und 40 % auf die Behandlungshinweise. Im Unterschied zu den meisten seiner Kollegen betont Dr. K. durchgängig die Bedeutung der Behandlungshinweise und Prognose. In dem vorliegenden Gespräch geht er ungewöhnlich ausführlich auf persönliche Daten, auf die Untersuchung und die Diagnose ein.

Dr. K.'s Gespräch mit Frau Sangwian läßt aufgrund dieser Angaben eine zumindest teilweise gute Gesprächsführung vermuten. Ein Kriterium guter Gesprächsführung ist, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, ausführlich seine Beschwerden mitzuteilen. Ein weiteres, damit in Verbindung stehendes, ist,die Fragen nicht nur auf geschlossene zu beschränken, sondern offene Fragen gehäuft zu verwenden. Außerdem zeugen die Strukturierung eines Gesprächs, die überlegte sukzessive Hypothesenabklärung und die gegliederte Informierung von guter Gesprächsführung. Alle Punkte sind von Dr. K. beachtet worden.

Bei der Informationserhebung zur Symptomatik läßt Dr. K. seiner Patientin Zeit, fällt ihr nicht sofort ins Wort, sondern läßt einige Sekunden verstreichen, bevor er sich äußert (3-11). Er bestätigt auch wiederholt die Patientin (6,9,10,12,14,16,17). In diesem Abschnitt geht er systematisch die Symptombefragung an; zuerst läßt er sich das Erscheinungsbild der Erkrankung beschreiben, macht sich ein möglichst genaues Bild davon (1-10). Danach schlägt er eine Röntgenuntersuchung vor, um seine vorläufige Diagnose zu verifizieren (11-22), während die Patientin immer noch ihre Eindrücke und Erfahrungen erzählt (12-20).

Nach dem Röntgen rekapituliert Dr. K. kurz die Hauptsymptome, wobei die Patientin nur ihre Zustimmung zu geben braucht (23-26). Dr. K. kennt die Diagnose, überlegt sich die Behandlungsdurchführung, die den Lebensumständen angepaßt sein muß, wenn sie eingehalten werden soll. Entfernung vom Krankenhaus und Kosten für die Anfahrt, bzw. die Medikamente werden in die Überlegungen eingeschlossen und Alternativen in Erwägung gezogen. Für beide Kostenfaktoren bietet sich eine Lösung an, denn Frau Sangwian erhält für die Medikamente Beihilfe (49-52) und näher als das Krankenhaus liegt eine Gesundheitsstation, wo man ihr die verschriebenen Injektionen täglich verabreichen kann (28-32).

So sorgfältig wie Dr. K's Anamneseerhebung ist - Erfragung der Symptome (1-8), die Häufigkeit ihres Auftretens (9), ihre Lokalisierung (6,7) und die Dauer ihres Bestehens (15,16) - so umsichtig erweist sich auch Dr. K's Vorsorge bezüglich der Behandlung, der Prognose, der Verabredung des nächsten Termins und der möglichen Ansteckungsgefahr. Als erstes erklärt Dr. K. seiner Patientin die Diagnose und die Art der Behandlung (32,36). Ganz besonderen Wert legt er auf die Klärung der Dauer der Behandlung, die sich über eine Zeitspanne von etwa 1 Jahr erstrecken wird (37). Frau Sangwian, die bereits im ersten Teil der Konsultation von ihren Krankheitserfahrungen erzählte,

steigert nach Nennung ihrer Diagnose noch ihre Redebeflissenheit, als könne sie die Bedrohung, die sie durch die TB erfährt, damit besser verarbeiten (32). Frau Sangwien hat in den vorangehenden Monaten bereits einige Erfahrungen mit Ärzten und Behandlungsmethoden gemacht und redet nun so viel davon, daß sie der Arzt unterbrechen muß, um ihr die wichtigen Informationen mitteilen zu können (33 - 35).

Wiederholt betont Dr. K. die Notwendigkeit und Bedeutung einer langdauernden Behandlung und deren Fortführung auch dann noch, wenn die Symptome nachgelassen haben (38, 48, 49, 55). Er warnt sie, die Behandlung abzubrechen, wenn sie kein Geld habe,und ermuntert sie, dann ins Krankenhaus zu kommen (48, 50). Im Umfeld der Behandlung liegen auch unterstützende Maßnahmen, die Dr. K. ihr empfiehlt (43), z.B. eine besondere Ernährungsweise. Dr. K. macht die Patientin auf die Ansteckungsgefahr ihrer Erkrankung, besonders für Personen ihrer Umgebung, aufmerksam (43 - 47). Auch auf die Prognose geht Dr. K. ein (41, 54), die er der Patientin sehr positiv darstellt, da heutzutage diese Krankheit geheilt werden kann. Bevor Dr. K. dann die Patientin entläßt, schärft er ihr nochmals ein, die Behandlung konstant fortzuführen und noch bevor der Vorrat an Injektionen aufgebraucht ist, in die Sprechstunde zu kommen, um sich neue zu holen (54, 57). Auf keinen Fall dürfe sie ohne Injektionen bleiben.

Dr. K. zeigt in diesem Konsultationsgespräch, wie umsichtig ein Arzt handeln kann. Sein wenig direktives Verhalten, während die Patientin erzählt (6, 9, 14, 16, 17), läßt die Patientin mehr und mehr aus sich herausgehen und erzählen; am Ende mußte Dr. K. sogar - deutlich autoritär - bremsend eingreifen, um selbst zu Wort zu kommen (33, 34). Er hat in diesem Gespräch nicht nur mit Umsicht, sondern auch mit Voraussicht gehandelt. Ihm scheint es klar

zu sein, daß eine Behandlung nur eingehalten wird und erfolgreich sein kann, wenn bestimmte Vorbedingungen erfüllt sind. Diese hat er abgeklärt und Lösungsmöglichkeiten angeboten. Für das Einhalten der von ihm empfohlenen Behandlung schafft er weiterhin gute Vorbedingungen, indem er die Inhalte systematisch anordnet und die wichtigen Dinge wiederholt. Damit schafft er die größtmöglichen Voraussetzungen, daß die Patientin sich auch seiner Informationen erinnert. Alle Maßnahmen zusammengegriffen, erhöhen die Erfolgswahrscheinlichkeit.

In dem Gespräch Dr. K's mit Frau Sangwian nennt der Arzt die Diagnose (32). Wörtlich und sinngemäß sagt er ihr: "Ihre Lungen sind nicht sehr gesund." Für den Arzt steht dahinter die Bedeutung 'Sie haben Lungen-TB'. Seine weiteren Erklärungen sind ganz daraufabgestellt, daß auch die Patientin diese Konnotation seiner Aussage versteht. Dies könnte zutreffen, wenn das nosologische System der Volksmedizin statt des Begriffs'TB' diese Umschreibung kennen würde. Dr. K. hätte sich damit auf ein Sprachniveau begeben, das für die Patientin verständlich ist. Eine andere Möglichkeit könnte aber ebenso gut zutreffen: Dr. K. könnte statt des Begriffs 'TB' diese Umschreibung gewählt haben, einmal weil er glaubt, daß dies die Patientin besser versteht, zum andern, um ihr Angstmoment bei der Diagnosenennung zu verringern. Ohne sich zu überzeugen, ob die Patientin mit der Umschreibung die gleichen Konnotationen verbindet wie er selbst, ist die Wahl der Umschreibung jedoch fragwürdig.

Dr. K. indes trägt im weiteren Verlauf zur Klärung des Krankheitsbegriffes bei ("die Erkrankung ist ansteckend .. man muß sich gut ernähren.. sie hat mit der Lunge zu tun... man muß in ständiger Behandlung bleiben... die Dauer der Behandlung ist sehr langwierig"), so daß eine divergente Auffassung minimal und in den Folgen unbeträchtlich sein dürfte.

Beispiel 1 der Clustergruppe 5: Konsultationsgespräch 141/20

Arzt Dr. Bit, 34 Jahre, weiblich; Patient: Herr Supat, 42 Jahre.

Dr. Bit liegt mit ihren Durchschnittswerten der Gesprächsstruktur in der Nähe der Durchschnittswerte von Clustergruppe 5. Sie verwendet 55 % ihres Textes für Symptombefragung und Anamneseerhebung, 21 % für Diagnose und Ursachennennung und 24 % für Behandlungshinweise und Ratschläge. In diesem Gespräch weicht sie jedoch davon ab mit 40 % ihres Textes für die Behandlungshinweise und 41 % für Symptombefragung und Anamneseerhebung. Sie weicht auch in anderen Meßwerten von ihrem Sprechstundendurchschnitt und dem Gruppendurchschnitt der Clustergruppe 5 ab. Während sich Textlänge auf Arzt und Patient in der Clustergruppe und in ihrer Sprechstunde im Verhältnis 2:1 verteilen, beträgt in diesem Gespräch die Textlänge des Patienten 45 % der Gesamttextlänge. In Relation zur Gesamtinteraktionsdauer hat Clustergruppe 5 den geringsten Anteil an der Pausendauer. In diesem Gespräch macht die Ärztin praktisch keine längeren Pausen; so kommt es, daß in einer relativ kurzen Zeit - die Interaktionsdauer beträgt 204 Sek.- viel gesprochen wird. Trotzdem bleiben die Werte der formalen Variablen dieses Gesprächs weit unter dem Clustergruppendurchschnitt, wohingegen der Sprechstundendurchschnitt dem der Gruppe sehr nahe kommt. Die auf die Menge der Inhaltselemente bezogenen Abweichungswerte unterscheiden sich stark von denen der Clustergruppe. Bei der Clustergruppe beträgt die durchschnittliche Abweichung pro Inhaltselement 2,5 Punkte, bei der gewichteten Abweichung 1,9. In diesem Gespräch sind es 5,1 bzw. 4,5 Abweichungen pro Inhaltselement. Dies läßt auf ein wenig strukturiertes Vorgehen der Ärztin im Gespräch schließen.

Das Gespräch beginnt die Ärztin mit der Feststellung des Namens des Patienten (1). Der Patient faßt die Feststellung

seines Namens als Aufforderung auf, seine Beschwerden zu beschreiben. Er beginnt (2), wird jedoch sofort von der Ärztin unterbrochen. Nach einer nochmaligen Unterbrechung (4) kann der Patient in seiner Symptombeschreibung fortfahren. Herr Supat scheint sich sehr gut mit seinen Symptomen auszukennen und fordert eine Röntgenaufnahme (4), die ihm der Arzt jedoch mit dem Hinweis auf die fortgeschrittene Zeit abschlägt (5). H. Supat ist nicht zufrieden und macht den Vorschlag, daß er auch als Letzter drankommen könne (5). Doch nimmt Dr. Bit diesen Vorschlag nicht an (6). Nun kann sie mit der Symptombefragung fortfahren (7). bespricht die Symptome des Patienten, wertet sie nach ihrer Bedeutung und nennt ihre Ursachen (8,9). Wegen seines Schnupfens kann Dr. Bit Herrn Supat beruhigen; ihre Besorgnis gilt vielmehr seiner Lungenentzündung, für die sie nun doch eine Röntgenaufnahme empfiehlt (13,14). Gegen den Schnupfen kann sie ihm Medikamente verschreiben (14). Herr Supat wird über die Wirkung des Medikaments gegen Schnupfen informiert (18), nachdem die Art des Schnupfens noch ausgiebig besprochen worden ist (15-17). Beiläufig erfährt die Ärztin von Herrn Supat, daß dieser die Medikamente, die ihm zuvor im Krankenhaus gegeben wurden, seit 3 oder 4 Tagen aufgebraucht hat (22-24). Dr. Bit rügt den Patienten, der sich sofort neue Medikamente hätte holen sollen (25). Man hatte Herrn Supat bei einem früheren Besuch des Krankenhauses zwei Medikamente verschrieben, die er zusammen regelmäßig einnehmen sollte. Dies hat er aber nicht getan, weil ihm das eine Medikament nicht effektiv erschien (26). So hat er nur das andere Medikament genommen und erst zu dem ersten gegriffen, als das andere aufgebraucht war (27, 28). Am Ende des Gesprächs wird der Patient angewiesen, die Medikamente weiterhin zu nehmen (29). Nun schlägt ihm Dr.Bit vor, sich noch an diesem Tage röntgen zu lassen.(30). Vermutlich meint sie damit, daß die Röntgenaufnahme am Nachmittag gemacht werden kann.

Dr. Bit gibt Herrn Supat das Rezept und schickt ihn fort. Doch bevor Herr Supat das Zimmer verläßt, bittet er noch um ein stärkendes Mittel. Die Ärztin weist nur auf das Rezept hin und sagt: "Hier ist es", was Herrn Supat zwar zweifeln läßt, er überprüft diese Aussage aber nicht. Er wagt ganz offensichtlich nicht, auf einem stärkenden Mittel zu bestehen (31, 32).

Dr. Bit geht zeitweilig auf den Patienten ein, was zu den hohen Abweichungswerten beigetragen haben mag. Sie zeigt sich emotional zugewandt, indem sie den Patienten zu beruhigen versucht, was dessen Symptome anbetrifft. Dr. Bit informiert den Patienten auch über die Wirkung des Medikaments, versäumt es aber, eine Prognose zu stellen oder ihn über die zu erwartende Dauer der Behandlung aufzuklären. Unklarheit herrscht auch bezüglich des Röntgens. Dieser Punkt kehrt während des Gesprächs immer wieder. Bereits in den ersten Sätzen hat es der Patient verlangt. Hier verweigert es jedoch Dr. Bit, da die Zeit bereits zu weit für diesen Morgen fortgeschritten sei. Später greift sie selbst den Vorschlag des Röntgens auf, wiederholt ihn verschiedentlich, bis sie Herrn Supat klare Anweisungen gibt, sich noch am selben Tag röntgen zu lassen. Vergleichbar mit diesem Vorschlag zieht sich die Erwähnung der Medikamente durch das ganze Gespräch hin.

Obwohl Dr. Bit ausführlich auf die Symptome und vor allen Dingen auf die Therapie eingeht, was vom Patienten auch mit ausführlichen Beschreibungen beantwortet wird, ist das Gespräch wenig systematisch aufgebaut. Es ist zweifelhaft, ob sich der Patient bei dem ständigen Alternieren der Inhalte auch später im einzelnen an diese erinnern wird.

Dr. Bit vermittelt den Eindruck, sich hauptsächlich auf die mehr technischen Items des Konsultationsgesprächs zu beziehen, d.h. auf Symptombefragung, Verschreibung der Medikamente und Behandlungshinweise. Doch wird dieser Eindruck

professionellen Verhaltens durch ihr persönliches Entgegenkommen gemildert, auch durch ihre Art, den Patienten zu unterstützen und zu beruhigen. Befremdlich wirkt ihre Art, den Patienten anzusprechen. Hierzu benutzt sie die 1. Person Plural,[1] obwohl der Patient doch schon 42 Jahre alt ist, somit sogar älter als sie selbst ist.

Dieses Gespräch ist in verschiedener Weise atypisch für den beabsichtigten Zweck. Im Verlauf des Gesprächs ergibt sich, daß dieser Patient bereits einmal dieses Krankenhaus besucht hat und nur durch einen Fehler bei der Abschrift der Krankenkartei in unsere Stichprobe geraten war. Außerdem sollte dieses Gespräch ein durchschnittliches Konsultationsgespräch aus der Clustergruppe 5 repräsentieren. Die Werte insgesamt zeigten aber, daß Dr. Bit davon abweicht. Weiterhin werden in diesem Gespräch Inhalte der anamnestischen Datenerhebung ausführlich behandelt, was - bedenkt man, daß Dr. Bit wußte, daß es sich um einen Folgepatienten handelt - wenig effektiv ist. Nehmen wir hypothetisch an, daß auch das erste Gespräch dieses Patienten mit Dr. Bit stattgefunden hat und daß dieses Gespräch ebenso unstrukturiert wie das vorliegende vonstatten ging, wird die relative Non-Compliance des Patienten, die in dessen Antworten durchklingt, verständlich.

---

1) entsprechend dem weitverbreiteten Gebrauch der Pronomen "wir" und "uns", etwa im Sinne: "Na, wie geht's uns denn heute?" oder: "Jetzt müssen wir aber schön unsere Medizin nehmen." S. hierzu auch Wacharakul, 1979.

Beispiel 2 der Clustergruppe 5: Konsultations-No. 141/08

Arzt: Dr. Bit, 34 J. weiblich, Patient: Herr Kaen, 59 J.

Das vorliegende Gespräch wird von derselben geführt wie das vorangehende. Dieses Gespräch zeigt, wie groß die Variation des einzelnen Arztes im Gespräch mit unterschiedlichen Patienten sein kann. Verwendet die Ärztin im Durchschnitt 55 % ihres Gesprächs für Inhalte der Symptombefragung und Anamneseerhebung, so ist sie im vorangehenden Gespräch zugunsten der Behandlungshinweise um 14 % abgewichen (41 %), im vorliegenden Gespräch entfallen dagegen 66 % auf diese Inhalte. 20 % ihres Textes entfallen auf Diagnose- und Ursachennennung und nur 14 % auf Behandlungshinweise.

Die Interaktionsdauer dieses Gesprächs beträgt 9 Minuten, die reine Sprechzeit 7 1/2 Minuten. 72% des Gesprächs wird vom Arzt bestritten und nur 28% vom Patienten; in der zugehörigen Clustergruppe besteht das Verhältnis 65% zu 35%. Die geringe Sprechmenge der Patienten kann nicht auf die Ungeduld der Ärztin zurückgeführt werden; sie unterbricht den Patienten nur zweimal und zeigt auch sonst kaum Zeichen von Ungeduld. Sie ist vielmehr dem Fragestil der Ärztin und den daraus resultierenden kurzen Antworten des Patienten zuzurechnen. Die Fragen Dr. Bits sind häufig so gestellt, daß der Patient nur mit 'Ja' oder 'Nein' zu antworten braucht In 24 von 68 Äußerungen (35%) verwendet der Patient diese Anwortmöglichkeit. Dies scheint angebracht zu sein, da die Fragen der Ärztin häufig so präzise sind, daß der Eindruck entsteht, sie wisse bereits genau, um welche Erkrankung es sich handelt (3, 4, 9, 10, 26). Die Gefahr dieses Befragungsstils besteht darin, daß zusätzliche Informationen, die nicht mit der Erkrankung in Zusammenhang zu stehen scheinen, verlorengehen, weil der Patient keine Gelegenheit erhält, sie zu äußern.

Zwei Drittel des Gesprächs beziehen sich auf Symptomerfragung und Anamnese. Dieser Inhaltsbereich ist sehr gründlich abgedeckt. Art des Symptoms (1, 2, 20, 22, 50), seine Lokalisation (2 - 5), Dauer (5 - 7) und Zeit des Auftretens (65) sind ebenso erfragt wie Begleitumstände und -symptome sowie deren Art und Auftreten (7, 8, 17 - 19, 23 - 25, 26 - 28, 29 - 36, 43 - 49, 52 - 54, 55 - 64). Früher angewandte Medikamente werden erfragt (10 - 16, 19), und der Patient wird untersucht (40, 51). Gegenüber dieser breitgestreuten Palette von Fragen zu den Symptomen nehmen sich die 14% Textanteil, die die Behandlungshinweise umfassen, recht bescheiden aus. Selbst wenn man anrechnet, daß Dr. Bit noch Ergebnisse von Laboruntersuchungen abwarten will, sind die Hinweise auf das, was dem Patienten fehlt und wie er sich verhalten soll, beinahe als mangelhaft zu bezeichnen. Die Hinweise bestehen nur aus Diätvorschriften (36, 37, 66, 67) und der Erwähnung, daß etwas Medizin verschrieben wird (65). Für zwei aufeinanderfolgende Tage werden dem Patienten weitere Termine gegeben (61), und wir können nur vermuten, daß dann nach dem Vorliegen der Ergebnisse aus den Laboruntersuchungen für Arzt und Patient größere Klarheit bezüglich der Erkrankung und ihrer Ursache besteht sowie bezüglich der einzuschlagenden Therapie.

In diesem Gespräch zeigt sich Dr. Bit von einer anderen Seite als im vorangehenden. Ist sie dort unterstützend und beruhigend, so erweist sie sich hier zwar als höflich, aber kühl und wenig unterstützend oder tröstend. Ihr Interesse und ihre Aufmerksamkeit gelten vor allem den genauen Aussagen des Patienten; mit ungefähren oder verschwommenen Angaben begnügt sie sich nicht (10 - 17, 40, 41, 47 - 49). Hierzu findet sie gute, für den Patienten leicht umsetzbare Beispiele, um Angaben meßbar zu machen (41). Durch diese Präzisierung entsteht der Eindruck, daß sie etwas autoritär ist, was durch Belehrungen, die sie dem Patienten erteilt, noch verstärkt wird. In ihrem Bestreben nach Genauigkeit belehrt sie sogar den Patienten, ab welchem Zeitraum man erst von "Verstopfung" reden kann (14 - 17).

Beispiel 3 der Clustergruppe 5: Konsultationsgespräch 281/03

Arzt: Dr. Na., 42 Jahre, weiblich, Patient: Herr Lerd, 32 J.

Die Abweichungswerte von Dr. Na. hinsichtlich der Sequenzmaße sind sehr hoch. Die durchschnittliche Abweichung pro Inhaltselement liegt im Sprechstundendurchschnitt weit über dem Durchschnitt der Clustergruppe 5 (SABW: 3.11 vs. 2.5; GABW: 2.4 vs.1.9). Danach kann man vermuten, daß sie vergleichsweise häufig von der gradlinigen Gesprächsführung abweicht, bestimmte Hypothesen abklärt und wieder zu anderen zurückkehrt. In dem vorliegenden Gespräch sind alle Werte der Sequenzmaße weit überdurchschnittlich, selbst wenn sie mit dem zugehörigen Sprechstundendurchschnitt verglichen werden (SABW: 247 vs. 205, GABW: 182 vs. 158). Auf die Anzahl der Inhaltselemente bezogen sind die Abweichungsmaße in diesem Gespräch jedoch gleich denen der Clustergruppe. Die Gesprächsanteile von Arzt und Patient entsprechen dem Clustergruppendurchschnitt (67 % zu 33 %, Clustergruppe: 65 % zu 35 %).

Im Vergleich zu anderen Ärzten zeigt die Verteilung der Inhalte in den Gesprächsphasen eine starke Betonung von "Diagnose und Ursachen", das vor allem in der dritten Phase (19 % der Gesamttextlänge der Ärztin). Der Anteil dieser Inhalte über alle Phasen beträgt 34 %, wo zum Vergleich bei anderen Ärzten kaum 20 % erreicht werden. Die Inhalte "Behandlungshinweise" machen 19 % des Gesprächs aus und deuten auf minimale Erklärungen und Ratschläge bezüglich der einzuschlagenden Therapie hin, die im Vergleich zu anderen Ärzten, z. B. aus Gruppe 1 und 2, und im Bezug auf die absoluten Werte noch sehr ausführlich sind. Im Sprechstundendurchschnitt gleichen die Anteile der Inhaltsgruppen "Symptombefragung", "Diagnose und Ursache" und "Behandlungshinweise" wieder dem Clustergruppendurchschnitt (40.5 %, 20.5 %, 39 %).

Aufgrund der Beschreibung für Clustergruppe 5 können wir erwarten, daß Dr. Na. zu den angenehm empfundenen, beliebten Ärzten gehört. Sie kann sich danach auch patientenbezogen und unterstützend verhalten. Aus den sozial-verbalen Verhaltensdaten geht zusätzlich hervor, daß sie manchmal ungeduldig ist, Patienten häufig unterbricht, sie dann und wann sogar ausschimpft, andererseits auch wieder tröstet und beruhigt.

Der Konsultationstext Dr. Na's mit Herrn Lerd kann einige der für sie charakteristischen Verhaltensweisen verdeutlichen. Dr. Na. erfragt systematisch die Symptome von Herrn Lerd, welcher Art sie sind (1), wann sie auftreten (2,3,6), wie häufig sie auftreten (6,7) und erkundigt sich sofort nach möglichen Ursachen (4,5). Weitere Auffälligkeiten kommen zur Sprache (8, 11), frühere Untersuchungen und deren Ergebnisse (14-19) wie auch frühere Erkrankungen (26, 50), deren Dauer und Effekte (51). Die möglichen Ursachen werden beleuchtet wie der Beruf (12,13,20,21), soziale Probleme z.B. die Beziehung zur Familie (23,24,58) oder die Veranlagung für bestimmte Erkrankungen innerhalb der Familie (39).

Die Sprünge von einem Inhaltsbereich zum anderen erscheinen relativ groß, liegen aber, wie die Abweichungswerte zeigen, noch im Durchschnittsbereich; sie sind im Sinne der gewichteten Abweichungen zulässig. Dr. Na. zeigt ihre Systematik und geschickte patientenorientierte Gesprächsführung dann, wenn sie laut überlegt, dem Patienten also mitteilt, was als nächstes zur Diagnosefindung vorgesehen ist bzw. welche Möglichkeiten für eine Diagnose bestehen (20) und wie sie bestimmt werden kann. Dadurch wird Herr Lerd in die Lage versetzt zu verfolgen, was mit ihm gemacht werden soll.

Dr. Na. schlägt vor, zwei Richtungen zu verfolgen: zuerst die organische Seite abzuklären und dann die psychische (20, 60). Sie führt dabei explizit die Symptome des Abmagerns (7-9, 14-19, 33-35) auf psychische Störungen und seelische Belastungen zurück (60). Weniger explizit, weil Dr. Na.

annimmt, daß der Patient die Beziehungen zwischen Symptomen und Ursachen selbst herstellen kann, erklärt sie die organische Seite. Die kausale Beziehung scheint für sie so selbstverständlich zu sein, daß ihr eine Hervorhebung nicht notwendig erscheint .So erkundigt sich Dr. Na., ob Herr Lerd geröntgt wurde, weil sie implizit vermutet, seine Symptome könnten durch eine TB verursacht worden sein (16, 17, 50). Eine andere Ursache, die implizit dargeboten wird ist Diabetes (39, 44). Mögliche Hinweise auf ihr Vorliegen werden erfragt (35-42) und ausführliche Anweisungen für eine Urinprobe gegeben (44-47). Zwischen der Abklärung möglicher organischer Ursachen streut Dr. Na. immer wieder Fragen ein, die Beruf (12,13) und soziale Beziehungen (21-24) und die daraus entstehenden seelischen Belastungen (58, 63 -65) betreffen.

Dr. Na. erhebt ausführlich Informationen zur organischen Verursachung und beabsichtigt,weitere Informationen aus Laboruntersuchungen zu erhalten. Bei der Erfragung psychischer Ursachen ist sie weniger genau. Sie geht zwar auf die verschiedenen Möglichkeiten ein, gibt sich aber zu schnell mit der Versicherung zufrieden, daß Herr Lerd keine Probleme mit der Arbeit oder der Familie habe und alles normal sei (22-24, 64, 65). Diese Antwort mag aus der Sicht des Patienten stimmen und seiner vordergründigen Beurteilung auch entsprechen. Normal kann für ihn eine in Wirklichkeit schon zu starke Belastung sein, die sich in organischen Symptombildern manifestiert. Vielleicht mag er Probleme und Konflikte auch nicht offen darlegen aus Furcht, sein Gesicht zu verlieren.

Dr. Na. deutet die Möglichkeit an, in dieser Richtung weiter zu suchen, wenn die organischen Befunde negativ sind. Sie beweist mit dieser Vorankündigung ihre Weitsicht für die Planung des Vorgehens und ihre Kenntnis des Patientenverhaltens. Bei Nichtankündigung weiterer Untersuchungen

wäre die Wahrscheinlichkeit groß, daß der Patient den Arzt wechselt.

Auch wenn nur die Übersetzung des Konsultationstextes herangezogen wird, läßt sich erkennen, wie stark Dr. Na. auf den Patienten eingeht. Dies geschieht in zweierlei Hinsicht: Herr Lerd kann eigene Beschreibungen und Ergänzungen anbringen, die von Dr. Na. akzeptiert und weiterverfolgt werden (26-32). Dr. Na. - dies ist der zweite Aspekt - verwendet kurze Sätze des Verstehens nach Patientenbemerkungen, in denen sie diese Bemerkungen als Feststellung wiederholt. (49,55). Auch ein Verständnis signalisierendes 'Ach so' verwendet sie wiederholt, um den Patienten zu ermuntern, weiter zu sprechen.
Dieses Konsultationsgespräch zeigt die deutliche Überlegenheit dieser Ärztin in Gesprächsführung und Strukturierung gegenüber Ärzten aus den Clustergruppen 1 oder 2. Der größere Zeitaufwand wird hier genutzt, um eine bessere qualitative Gesprächsführung zu erreichen.

3.7.5 Zusammenfassung

Die Gespräche zwischen Ärzten und Patienten ließen sich, nachdem sie einer Clusteranalyse unterzogen worden waren, in fünf Gruppen zusammenfassen. Unterschiedliche Ausprägung der Meßvariablen, wie sie sich in den Gruppendurchschnitten zeigten, sollten sich auch in den Einzelgesprächen repräsentiert finden. Für jede Clustergruppe wurden zwei bis drei Gespräche ausgewählt, deren Texte im Anhang wiedergegeben sind (s. Anhang 3.7, S. 129 ff).

Bei Analyse dieser Gespräche fällt auf, daß Ärzte von Gruppe 5 zu Gruppe 1 zunehmend stärker zwischen organogenen und psychogenen Symptomen differenzieren, um dabei in ebenfalls zunehmendem Maße auf organische Erkrankungen einzugehen und die psycho-sozialen Erkrankungen zu ignorieren. Aber selbst Ärzte der Gruppen 4 und 5 haben Schwierigkeiten - oder sind nicht gewillt - medizinische Sachverhalte, die sie als sozial oder individuell bedingt erkennen, genügend in einem therapeutischen Gespräch zu verfolgen. Auch sie bevorzugen eine Chemotherapie. Im Gegensatz zu den anderen Ärzten geben sie jedoch zu erkennen, daß Zusammenhänge bestehen können und versuchen diese auch ansatzweise aufzudecken durch Fragen zu sozialen Aspekten der Patient-Situation (familiäre Situation, Situation am Arbeitsplatz, berufliche Situation).

Der abnehmenden Interessenbreite an weitergreifenden Problemen der Patienten,von Gruppe 5 zu Gruppe 1,ist u.a. ein Teil der sich verringernden Abweichungswerte zuzuschreiben. An den Unterschieden hinsichtlich der Sequenzmaße sind zusätzlich die Interaktionszeiten beteiligt, die mäßig hoch mit ihnen interkorrelieren. Von Gruppe 1 zu Gruppe 5 nehmen die Abweichungswerte zu und mit ihnen die Menge der Inhaltselemente. Beim Vergleich der auf die Inhaltselemente bezogenen Abweichungswerte wird dieses gleichmäßige Bild zunehmender oder abnehmender Größen über die Clustergruppen

hin unterbrochen. Gruppe 4 hat die wenigsten Abweichungen pro Inhaltselement und wird gefolgt von Gruppe 5, Gruppe 2, dann Gruppe 1, und die höchsten Werte hat Gruppe 3.

Auch bezüglich der Phasenstruktur unterscheiden sich die Gruppen, was gleichfalls in den individuellen Gesprächen festzustellen ist. Phasenstruktur und Äußerung verschiedener Inhalte weisen übereinstimmend auf die Betonung der Inhalte hin, die mit Anamneseerhebung und Symptombefragung zu tun haben. Ärzte erhalten demnach viele Informationen. Informationen, die für die Patienten bestimmt sind, - wie Angabe der Ursachen der Erkrankung, Diagnosenennung, prognostische Äußerungen und Erklärungen, Hinweise und Ratschläge zum therapeutischen Vorgehen und zur Therapie selbst - werden seltener, bisweilen gar nicht verwendet. In dieser Hinsicht scheint das Ungleichgewicht der Interaktionspartner, wie es sich bereits durch die Rollenverteilung ergibt und in der fehlenden Reversibilität der interaktiven Handlungen - verbaler wie nicht-verbaler Art - fortsetzt, auch auf das Informationsverhalten einzuwirken. Der Arzt sammelt Informationen ohne sein Wissen weiterzugeben. Seine diagnostischen Entscheidungsprozesse konzentrieren sich als Ergebnis in einer Medizinverschreibung, ohne daß der Patient daran teilhat. In Gruppe 1 und 2 sind diese Entscheidungsprozesse kürzer, prägnanter und weniger informativ als in den Gruppen 4 und 5. Da erhält der Patient außer dem Rezept noch weitere Informationen mit unterschiedlichem Umfang und Inhalt.

Formal unterscheiden sich die Clustergruppen durch Ausführlichkeit und Länge der Gespräche. Sie unterscheiden sich auch, so ist aus den individuellen Gesprächen ersichtlich, in der Sorgfalt und Genauigkeit der Informationssammlung und Informationsvermittlung durch die Ärzte. Die Quantität ist in diesem Sinn ein Hinweis auch für qualitative Aspekte. Gesprächsstruktur und kommunikatives Verhalten sind in den Gruppen so verschieden wie die Textlänge der Interaktionspartner.

Die individuelle Betrachtung von Konsultationsgesprächen hat Beispiele erbracht für spezifische Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient. Da war das bereits genannte Selektionschema für Symptombeschreibungen der Patienten. An nichtorganischen Symptomen nicht interessiert oder sich nicht als kompetent für sie betrachtend, überhörten oder übergingen Ärzte Patientenäußerungen dieser Art. So konnten sie dann den Patienten in den fraglichen Fällen mitteilen, daß sie völlig in Ordnung sind, womit gemeint war, daß sie organisch gesund sind. Dennoch erhielten diese Patienten Medikamente verschrieben. Die Aussage des Arztes steht so im Widerspruch zu der ihr folgenden Handlung und wird dadurch unglaubwürdig. Gesunde benötigen keine Medikamente, also ist, wer Medikamente verschrieben bekommt, nicht gesund. Ist ein Patient völlig gesund, kann ein Medikament eher schaden als nutzen. Ist ein Patient nur organisch gesund, ist eine Chemotherapie bedingt am richtigen Platz; psychotherapeutische Gespräche wären eher zu empfehlen. Bei einer chemotherapeutischen Behandlung psycho-sozialer Erkrankungen kann es gehäuft zu Behandlungsmißerfolgen kommen. Patienten, bei denen verständlicherweise keine Besserung eintritt, nicht eintreten kann, weil das Medikament die Ursachen der Erkrankung nicht beseitigt, wird frühzeitig den Arzt wechseln oder ständig die Sprechstunde aufsuchen, nur um den gleichen Ablauf von vorn zu beginnen. Es wäre wohl Wert einmal festzustellen, wieviel Patienten dieser Art die Wartezimmer der Ärzte bevölkern und kostbare Zeit und Mittel verschwenden.

Eine weitere Kommunikationsschwierigkeit beruht auf dem unterschiedlichen Sprachniveau von Arzt und Patient. Beide verwenden Begriffe verschiedener nosologischer Systeme. In der Besprechung der individuellen Gespräche, in denen in einem über 'Herzzittern' geklagt wurde, und in einem anderen über TB wurde diese Problematik bereits erwähnt. Die Folgerung aus den dort angestellten Überlegungen ist, daß

Ärzte sich in beiden Systemen auskennen sollten, also neben dem eigenen medizinischen System auch das der Laien- oder Volksmedizin beherrschen müssen, um alle Konnotationen von Patientenbeschreibungen zu verstehen. Umgekehrt müssen sie sich vergewissern, ob die Patienten ihre Äußerungen auch richtig verstehen. Die Gefahr, daß den Mitteilungen unterschiedliche Bedeutung zugeschrieben wird, zeigt sich bereits bei einfachen Fragen, wie: 'Haben Sie abgenommen?' Antwort:'Nein.' Nachfrage:'Seit wann ist Ihnen Ihre Hose zu weit geworden?' Aus der nun folgenden Antwort ging klar hervor, daß der Patient doch in den letzten Wochen Gewicht verloren hat.

Bei Umschreibung von Fachtermini im Bestreben, das Verständnis für die Patienten zu erleichtern, kann es ebenfalls Probleme geben, da die Umschreibung eine Kontrolle erschwert. Die Verwendung des medizinischen Ausdrucks ermöglicht dagegen eine Kontrolle bzw. eine genaue Erklärung durch andere. Häufig vergessen Patienten Verhaltens- und Behandlungsinstruktionen, z. B. welche Diät sie einhalten sollen oder welche Medikamente sie verwenden müssen. In diesen Fällen könnten sie beispielsweise die nächste Gesundheitsstation aufsuchen und um Rat fragen und würden sich so die Reise in das oft sehr weit entfernte Krankenhaus sparen.

Eine Barriere im gegenseitigen Verstehen bilden auch Dialekte oder andere Sprachen. Hochthai kann für einen großen Teil der Bevölkerung Thailands als erste Fremdsprache gezählt werden. Das gilt für alle nichtzentralen Provinzen. Im Nordosten des Landes wird z. B. ein laotischer Dialekt gesprochen (s. Gespräch 431/02). Als Fremdsprache kann Thai beispielsweise für Malayen und Angehörige der Bergstämme angesehen werden, ebenfalls für die erste Generation chinesischer Einwanderer. Hier kommt es vor, daß ein Verwandter oder ein Freund den Patienten als Übersetzer begleiten muß. Sprachliche und semantische Probleme stellen einen wesentlichen Teil der Kommunikationsschwierigkeiten dar.

Eine weitere Quelle für Kommunikationsschwierigkeiten sind Statusunterschiede. In den vorangehenden Kapiteln war Status u.a. auch mit beruflicher Tätigkeit gleichgesetzt und der Einfluß auf das Konsultationsgespräch gezeigt worden. Dabei war aufgefallen, daß Ärzte mit Mönchen signifikant kürzer interagieren als mit anderen Berufsgruppen, obwohl die Annahme dahin zielte, daß Status und Bildung der Mönche eine ausgedehntere Interaktion hervorrufen würden.
In einem Gespräch von Arzt 51 (Clustergruppe 3) mit 2 Mönchen wird das Verhältnis zwischen ihnen und Ärzten ersichtlich. Dieses Gespräch wurde von SCHNEIDER (1974, S.40) aufgegriffen und ist im Anhang 3.7, S. 184, wiedergegeben. Im Gespräch findet der Status, den der Mönch in der thailändischen Gesellschaft besitzt, im Verhalten des Arztes keine Entsprechung. Vielmehr wird aus dem Inhalt der Arztäußerungen gegenüber dem ersten Mönch ersichtlich, welch negative Einstellungen Arzt 51 hat. Aber auch andere Ärzte haben sich bei Mönchen entsprechend geäußert und verhalten. Arzt 51 flicht bissige Kommentare und kritische Bemerkungen in sein Gespräch mit dem ersten Mönch ein. Den zweiten scheint er gar nicht zur Kenntnis zu nehmen. Arzt 51 ist sonst ein recht beliebter Arzt und zeigt ein gewisses Maß an persönlichem Interesse an seinen Patienten. Er ist im allgemeinen freundlich, fast jovial. Man kann sich gut vorstellen, legt man dieses Gespräch für einen Vergleich zugrunde, wie ein Arzt-Mönch-Gespräch mit einem Arzt der Clustergruppe 1 aussehen würde.

Armee- und Polizeiangehörige bilden eine ebenfalls von den Ärzten wenig favorisierte Patientengruppe. Auch hierfür existiert ein Beispiel im Gespräch zwischen Arzt 351 und einem jungen hypochondrischen Korporal. Das Gespräch verläuft kühl, von leichter Ungeduld und Unmut geprägt. Dieser Unmut fällt besonders in Gesprächen von Ärzten mit Mönchen und Polizei- bzw. Armeeangehörigen auf und bestärkt die

Vermutung, daß entweder diese Berufsgruppen von thailändischen Ärzten wenig gern gesehen werden oder daß sich besonders die Patienten, die an Erkrankungen psychosozialen Ursprungs leiden, aus diesen Berufsgruppen resultieren. Letzteres machen Aussagen von Ärzten wahrscheinlich, wie auch die Äußerungen des Arztes 51 zu erkennen geben. Sie haben häufig Probleme, die sich unter Beibehaltung der gegenwärtigen Lage durch die Patienten nicht lösen lassen. Für die zweite Annahme spricht zusätzlich die Fixierung der Ärzte auf organische Erkrankungen und ihr Widerstand, auf psychologische Probleme einzugehen.

Lehrer waren als Bildungselite und Gruppe mit hohem Status betrachtet worden und bildeten mit ihren Werten bezüglich der Auftretenshäufigkeit von Inhalten und deren zugehöriger Textlänge sowie bezüglich der formalen Variablen den Gegenpol zu Mönchen. Das Beispiel eines Gesprächs von Dr. Na. (281) mit einem Lehrer verdeutlicht diesen Unterschied überzeugend. Das Gespräch verläuft offen, gut strukturiert und auch informativ für den Patienten.
Im theoretischen Teil nahmen wir auf das Konzept des "Bargaining", des Feilschens, Bezug. In den Fallbesprechungen fanden wir Ansätze dafür (712/11, 141/20). Dort wo der Patient unter starkem Druck stand, bestimmte Medikamente verschrieben zu bekommen, vielmehr noch ein geliehenes Rezept zurückzubekommen, entspinnt sich ein Dialog offenen Feilschens (712/11). Im Normalfall wird Feilschen höchstens angedeutet (141/20), wie auch Kritik am Arzt eher in Form von Enttäuschung auftritt, z.B. versteckt angedeutet in verzögerter Verabschiedung.

Im Gegegensatz zu der in den letzten Jahren zunehmenden Kritik in den Industrieländern am Arzt und seinem Verhalten dem Patienten gegenüber kann sich der thailändische Arzt allgemein noch einer positiven Beurteilung erfreuen. SCHNEIDER(1974) hat Soldaten und Studenten über ihre Einstellung zum Arzt befragt. Die Soldatenstichprobe zeichnet ein sehr positives

Arztbild, die Studenten, obwohl sie häufiger das Krankenhaus aufgesucht haben - oder gerade deswegen - zeichnen ein weniger positives Bild. Bei der Befragung einer Stichprobe von 281 ausgewählten Patienten, die gerade aus der Sprechstunde kamen, wurde ebenfalls ein sehr positives Arztbild festgestellt. Zwischen 60 und 85 Prozent der Patienten fanden den Arzt freundlich, nett und waren zufrieden mit dem Gespräch. Sie meinten auch, der Arzt habe sich genügend Zeit für sie genommen und beurteilten ihn weiter als mitfühlend und gütig. Allerdings fühlte sich ein Drittel der Patienten nach der Sprechstunde erleichtert, besser oder auch glücklicher, was ihr Urteil beeinflußt haben mag.

Die geringe Kritik am Arzt in Thailand ist sicher situations- und kulturbedingt.Die Befragung dieser Patienten im Anschluß an die Sprechstunde fand noch im Krankenhaus statt, und häufig wurden die Interviewer als Angestellte des Krankenhauses betrachtet, obwohl sie klargestellt hatten, daß sie nicht dem Gesundheitsdienst, sondern einer deutschen Forschergruppe angehörten. Diese Klarstellung kann den gleichen Effekt gehabt haben.
Aus der Forschung ist bekannt, daß mit zunehmendem Abstand vom Krankenhaus die Tendenz, Kritik zu üben, bei Patienten stärker wird,d.h. die Kritik der ausgewählten Patienten aus Thailand wäre zu einem anderen Zeitpunkt und an einem anderen Ort vermutlich weniger günstig ausgefallen. Thais scheinen in der direkten Interaktion kritische und unangenehme Urteile über andere Personen zu vermeiden.
Ob Kritik aus Höflichkeit oder Vorsicht unterlassen wird, ist eine offene Frage, doch sicher entspricht dieses Verhalten den Normvorstellungen, wie man sich zu verhalten habe. Bezieht man BOESCHS (1970,S.78ff) Gegenüberstellung von Statushöheren zu Statusniederen auf die Arzt-Patient-Relation, kann man eine Übereinstimmung des beschriebenen Verhaltens der beiden angesprochenen Gruppierungen im Soll-Wert-Bereich feststellen, dem sich die Ist-Werte der Patienten unter dem empfundenen sozialen Druck in der

Krankenhausumgebung stark nähern. Ein allgemeines Erklärungsprinzip für dieses Patientenverhalten bietet auch die Vorsicht, können sich doch aus Äußerungen von Kritik am behandelnden Arzt in dessen Krankenhaus vermeintliche Risiken ergeben, wenn dieser davon Kenntnis erhält. Einen systematischen Effekt hat zusätzlich die freie Wahl von Ärzten. Ist ein Patient unzufrieden mit einem Arzt, versucht er beim nächsten Mal, von einem anderen behandelt zu werden.
PHILLIPS (1965) stieß bei Beantwortung eines Sentence-Completion-Tests auf ein ähnliches Problem. 63% seines Samples geben an, es sei gut, nicht die wahren Gefühle zu zeigen, um Ärger und Unannehmlichkeiten zu vermeiden.
In der Konsultation 141/20 erhielten wir ebenfalls den Eindruck, daß der Patient seine wahren Gefühle hinter einem hilflosen Lachen verbarg.
Die freie Arztwahl ist in Thailand im öffentlichen Gesundheitsdienst eingeschränkt durch die Dienstordnung innerhalb des Krankenhauses. Ein Patient weiß deshalb nie mit Sicherheit, welcher Arzt gerade Dienst hat. Eine Alternative bleibt ihm jedoch: er kann ein Krankenhaus an einem anderen Ort aufsuchen.
Anzeichen von Unhöflichkeit, wie sie aufseiten der Ärzte recht häufig zu finden waren, sind auf Patientenseite nicht zu finden. Patienten kennen ihren Status und verhalten sich gemäß der dafür vorgesehenen Norm.

3.8 DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND FOLGERUNGEN

Die Arzt-Patient-Kommunikation unter dem Aspekt der zwischenmenschlichen Beziehung ist, wo immer die moderne Medizin mit Kranken in Berührung kommt, wegen ihrer Störungsanfälligkeit ein seit zwei Jahrzehnten unbestritten wichtiges Forschungsgebiet. Mehr noch als in den industrialisierten Ländern, die der modernen Medizin ihr technisiertes Gepräge gab, ist die Kommunikation zwischen modernem Arzt und Patient in Ländern der Dritten Welt gestört. Da zeigen sich die Schwierigkeiten wegen größerer sozialer und kultureller Distanzen besonders ausgeprägt.

Diese Arbeit stellt einen Teil eines Gesamtprojekts zur Arzt-Patient-Beziehung dar, das,von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert, in Thailand durchgeführt wurde. Dieser Teil des Projekts beschränkt sich auf die verbale Interaktion zwischen modernen Medizinern und ihren Patienten in den Polikliniken einer Auswahl von 11 staatlichen Krankenhäusern in 9 Städten Zentralthailands.

Unter verbaler Interaktion verstehen wir den Prozess des Informationsaustauschs in einer Situation mit dem Zweck, ein gemeinsames Ziel zu erreichen: Hier ist es das Konsultationsgespräch, das geführt wird, um zu einer Behandlung und Heilung des Kranken zu gelangen. Information ist dabei jede sinnvolle lautliche Äußerung eines der beiden Interaktionspartner in der Arzt-Patient-Dyade. Mit diesem Informationsbegriff weichen wir von seiner Definition ab, wie sie die Informationstheorie vorgenommen hat.

Die zentrale Problemstellung dieser Arbeit ist zweifacher Natur: die Erfassung und Analyse des Informationsprozesses und die Aufdeckung der Schwierigkeiten darin. Zum einen versuchen wir, Methoden zu finden und anzuwenden, die es

ermöglichen, auch größere Mengen von Konsultationsgesprächen quantitativ zu analysieren - beispielsweise ihre Struktur und ihren Verlauf - und möglichst objektive Aussagen zulassen. Zum anderen wird zu Vergleichszwecken eine Auswahl von Gesprächen qualitativ ausgewertet, um die aufgrund quantitativer Analysen gemachten Aussagen zum Interaktionsverhalten zu dokumentieren. Zum überwiegenden Teil ist eine deskriptive Vorgehensweise gewählt worden, die auf Hypothesen über Zusammenhänge von unabhängigen und abhängigen Variablen beruht. Das Variablenschema sieht als unabhängige Variablen Alter, Geschlecht und beruflichen Status der Patienten, Erscheinungsbild der Krankheit (Diagnose/Symptomatik) und Kenntnis des Krankenhauses vor. Aufseiten der Ärzte haben wir ebenfalls Alter und Geschlecht und Krankenhauszugehörigkeit, letzte mit der Bedeutung eines beruflichen Sozialisierungsmechanismus. Weitere unabhängigen Variablen standen uns nicht zur Verfügung, obwohl dies wünschenswert gewesen wäre.

Abhängige Variablen sind das verbale Interaktionsverhalten von Arzt und Patient, wie es sich in Gesprächsinhalten, deren Auftretenshäufigkeit und Textlänge, und in Gesprächsstruktur, Gesprächsablauf und sozial-verbalen Verhaltensweisen ausdrückt. Im Gesamtrahmen des Projektes stellen die hier als abhängig bezeichneten Variablen intervenierende Variablen dar. Da sind die abhängigen Variablen, um nur drei zu nennen: Erinnern und Zufriedenheit der Patienten und Befolgen der ärztlichen Anordnungen. Doch sind diese Variablen Bestandteil anderer Berichte und nur für eine ausgewählte Stichprobe ermittelt worden, während dieser Arbeit die Gesamtstichprobe von 2360 Konsultationsgesprächen zugrundeliegt.

Man kann die Fragestellung, ob eine Beziehung zwischen unabhängigen Variablen und Interaktionsverhalten besteht, nur beantworten, wenn eine entsprechende Analysemethode

gefunden wird. So ist das erste Problem, das zu lösen gilt, die Erstellung eines Analysesystems für Arzt-Patient-Interaktionen, das sowohl die inhaltlichen Aspekte des Gesprächs als auch die interaktionalen abdeckt. Seine Konstruktion erfordert genaue Kenntnis der Konsultationsgespräche, die in einer Voruntersuchung tentativ gewonnen wurde, aber der Ergänzung in dieser Studie bedurfte.

Das Analyseschema besteht aus sechs Subsystemen:

1. Inhalte der Äußerungen im Konsultationsgespräch; sie beziehen sich auf die Informationen, die in der wechselseitigen Interaktion übermittelt werden.
2. Modalitäten der Interaktionspartner; sie gründen sich auf das Konzept des Ressourcenaustauschs und klassifizieren die Art des Übermittelns informativer Inhalte.
3. Formale Variablen; sie sind objektive metrische Maße der Zeit und Textlänge.
4. Sozial-verbale Verhaltensweisen; sie basieren auf den Beurteilungen der Analyseeinheiten hinsichtlich sozialer Verhaltensmerkmale, die in den anderen Subsystemen nicht vorkommen.
5. Anredeformen
6. Partikel

} Über ihre Verarbeitung berichtet WACHARAKUL (1979) in einem getrennten Berich

Der größte Anteil dieser Arbeit bezieht sich auf das Subsystem 1.

Die Erhebung der Daten fand in der alltäglichen Situation des Krankenhauses statt. Wir waren bestrebt, Verhalten in der natürlichen menschlichen Umwelt zu erfassen, statt in der Umgebung eines speziell ausgerüsteten Schallabors, wie dies zum Beispiel zur Messung des Sprech - Pause - Verhaltens notwendig ist (BRÄHLER & ZENZ, 1974).
Die Tonqualität der Tonbandaufnahmen litt dadurch häufig unter den Umweltgeräuschen und erschwerte die maschinenschriftliche Transkription, aufgrund derer die Analyse

von Thai Mitarbeiter an Thai Texten vorgenommen wurde. Training der Mitarbeiter und ihre laufende Kontrolle führte zu einer Inter-Auswerter-Übereinstimmung von 69 % bis 76 %, die begründetermaßen für diese Art Daten hoch ist.

Ein zweites Problem im Verlauf der Auswertung stellte die Datenmenge dar und die daraus resultierende Notwendigkeit, einen Computer zu Helfe zu nehmen. Selbst dieser besaß für einige analytische Methoden, wie sie später benutzt werden, zu wenig Kernspeicherkapazität.

Das Interaktionsverhalten ist operationalisiert durch die Häufigkeit, mit der Inhalte geäußert werden, deren Textlänge und Ausführlichkeit (s. Inhaltsanalyse), die Verteilung der Gesprächsphasen (s. Strukturanalyse) und die Abweichung von einer auf Entscheidungsprozeßbasis hypothetisch angenommenen logischen Abfolge von Inhalten (s. Sequenzanalyse). Modalitäten und sozialverbale Verhaltensbeurteilungen werden mitberücksichtigt.

Die Analyse der Konsultationsgespräche unter diesen Gesichtspunkten führt zur Charakterisierung von Verhaltensweisen von Ärzten und Patienten und zur Beschreibung der Sprechstunden. Sie gibt ferner Auskunft über den Informationsfluß und liefert Möglichkeiten, vielfältige Annahmen bezüglich der genannten Variablen abzuklären[1].

Die Arzt-Patient-Interaktion ist ein wechselseitiger Informationsprozeß der durch die Entscheidung des Patienten ausgelöst wird, den Arzt aufzusuchen, weil er von ihm Hilfe erwartet. Der Arzt ist, wenn er vom Patienten die entsprechende Information erhält - von Ausnahmen abgesehen - in der Lage, sie ihm zu geben. Der Informationsaustausch bildet eine gemeinsame Informationsbasis für die Interaktionspartner,

---

1) Methodisch hat die Analyse die Problematik der Wahl von Analyseeinheiten aufgezeigt. Ein Katalog von Forderungen muß für sie erfüllt sein. Wir entschieden uns für die Verwendung natürlicher Einheiten, die globalere Beobachtungen zulassen und sich an kohärenten Kommunikationsinhalten orientieren (s. auch Kap. 3.3.1).

die nach BOESCH (1974) bestehen muß, um das gemeinsame Ziel zu erreichen: die Heilung. Diese Partnerschaft ist ungleichgewichtig und asymmetrisch. Status und Wissen des Arztes machen den Patienten zum Unterlegenen, mehr Empfangenden als Gebenden,"zur faktischen Passivität" verurteilt (BECKMANN, 1972, S. 135). Auch wenn man von der Theorie des sozialen Austauschs ausgeht, kommt man zu dem Ergebnis, daß die Interaktion vom Arzt dominiert wird. Die Ärzte verfügen über mehr Ressourcen als die Patienten, sowohl im Sinne der Nutzen-Kosten-Betrachtung als auch in Bezug auf die Modalitäten. Diese decken die Asymmetrie anhand der Auswertungsergebnisse auf. Nur 14.5 % aller Fragen werden vom Patienten gestellt. Zudem stellen nur 2/3 der Patienten Fragen an den Arzt. Ärzte beantworten den Patienten nur 64 % ihrer Fragen, umgekehrt erhalten die Ärzte 90 % ihrer Fragen beantwortet.[1)] Die Modalitäten zeigen ein deutliches Übergewicht der Ärzte im Gespräch.

Der Informationsprozeß ist eng verbunden mit den vermittelten Inhalten. Diese sind durch die Analyseinheiten erfaßt und in der Inhaltsanalyse ausgewertet worden. Die dominierende Rolle des Arztes erklären wir durch die funktionale und Status-Differenzierung zwischen den Interaktionspartnern. Die funktionale Differenzierung bezogen auf die verbalen Äußerungen läßt sich an der Verteilung der Inhalte nachweisen. Sie wird in der Textlänge der einzelnen Inhalts-

---

1) Unsere Ergebnisse stimmen weitgehend mit denen von COULTHARD & ASHBY (1975) überein, die zum Informationsaustauschprozeß zwischen Ärzten und 24 Patienten folgendes berichten:" ...the most frequent types of exchange are doctor-initiated information seeking exchanges rather then patient-initiated information giving exchanges. The development of the discourse is tightly controled by the doctor who decides whether and when the patient shall transmit that information..... the doctor does virtually all the initiating and the patient virtually all the responding. If a patient does attempt to initiate, the doctor doesn't feel he has to respond; in fact he usually avoids responding and attempts to regain the initiative"(S.13).

kategorien sichtbar. Die Ärzte legen besonderes Gewicht auf 'Symptombefragung', 'Untersuchungen', 'Diagnosestellung', 'Behandlungshinweise und Verhaltensempfehlungen' und nicht zuletzt auf 'administrativen Hinweisen'. Über 60 Tsd. cm Text entfallen auf 'Symptombefragung' und gleichviel auf 'Behandlungshinweise'. Die anderen genannten Inhalte haben jeweils über 20 Tsd. cm; zum Vergleich entfallen bei den Patienten 85 Tsd. an Text auf 'Symptombeschreibung' und 24 Tsd. cm auf 'Informationen zu früherer Behandlung'.

Patienten sind dort am ausführlichsten, wo sie Informationen besitzen, die der Arzt benötigt, um seine Hypothese zur Diagnose abzuklären. Der Arzt seinerseits ist dort am ausführlichsten, wo er den Patienten informieren will. Die Korrelation der Patientenäußerungen mit den Arztäußerungen richten - wie auch die Modalitäten - die Aufmerksamkeit besonders auf den Arzt. Eine hiervon unabhängige sachliche Begründung den Arzt in den Mittelpunkt der Untersuchung zu stellen, ist seine Bedeutung für den Krankheitsverlauf und für die effektive Behandlung und Prophylaxe, um nur einige Aspekte zu nennen. Weiter läßt sich das Verhalten eines Arztes leichter korrigieren als das seiner Patienten, Anlaß genug, Arztverhalten zu analysieren.

Viele Ärzte nehmen sich selbst als dominant wahr und verhalten sich dementsprechend unabhängig von den Bedürfnissen der Patienten. Wir können darin eine Ursache für unangepaßtes, willkürliches Informationsverhalten sehen. Es erscheint in diesem Zusammenhang von Bedeutung, dem Arzt die Wahrnehmung des Patienten als Partner zu vermitteln. Das 'guidance-cooperation'-Modell, das dem Arzt den exklusiven Expertenstatus einräumt, sollte in Richtung eines Partnerschafts-Modells modifiziert werden, was das ärztliche Verhalten anbelangt. Nur die Unterversorgung an medizinischen Dienstleistungen ermöglicht es Ärzten darüber hinwegzusehen, daß sie ebenfalls auf den Patienten angewiesen sind und sich sachlich-funktional, patientenbezogen und individuell angepaßt verhalten sollten.

Die Patienten ihrerseits tragen, wie wir aus der Personwahrnehmung wissen (HASTORF et al., 1970; JAHNKE, 1975; LAING et al., 1971), zur Variation der Bedingungen und Durchführung von Konsultationsgesprächen bei. Wir konnten den Einfluß einiger Merkmale überprüfen. Patienten, die das Krankenhaus bereits kennen und mit der ansonsten fremden Umgebung vertraut sind, unterliegen geringerem Druck als Patienten, die zum ersten Mal die Poliklinik aufsuchen. Sie können unbefangener and ausführlicher zum Gespräch beitragen als Erstpatienten. Dieser für Patienten handlungsrelevanten Annahme läßt sich eine Alternative gegenüberstellen, die das Interaktionsverhalten des Arztes berücksichtigt. In dieser Annahme hat der Patient eine handlungssteuernde Funktion auf die Gesprächsführung. Da der Patient zuvor schon das Krankenhaus besuchte, benötigt der Arzt weniger Informationen von ihm. Hat er diese nicht mehr parat, kann er sie dem Krankenblatt entnehmen. Er kann sich dementsprechend verstärkt der Überprüfung der bisherigen Behandlung, ihres Erfolgs und der weiteren Behandlung widmen. Da wir den Arzt als dominanten Gesprächspartner erkannt haben, werden sich die Patienten diesem Vorgehen anschließen müssen. Die letzte Annahme erwies sich als richtig im Rahmen der Inhaltsanalyse:
Die Verteilung der angesprochenen Inhalte unterscheidet zwischen Erst- und Folgepatienten, ohne daß Folgepatienten die Gelegenheit haben, ausführlicher mit dem Arzt zu sprechen. Ein Vertrauensverhältnis, das sich im freien Äußern gegenüber dem Arzt niederschlägt und wie es von Medizinern immer als gegeben angesehen wird, ist in diesen Konsultationen nicht zu verzeichnen.

Infolge der ausführlicheren Befragung und Beratung der Erstpatienten verlängert sich bei ihnen die Gesamtinteraktionsdauer sowie alle anderen formalen Variablen. Diese sind: Textlänge, Pausendauer und Sprechzeit von Arzt und Patient.

Im Durchschnitt macht die Differenz zwischen Erst- und Folgepatienten fast eine Minute bezüglich der Interaktionsdauer bzw. 35 cm Text aus. Auch an anderer Stelle wurden signifikante Differenzen zwischen Erst- und Folgepatienten festgestellt, so daß sie sich als zwei getrennte Stichproben betrachten lassen. Die Reduktion der inhaltlichen Variation bei Folgepatienten war Anlaß, in den Analysen die Erstpatienten zu bevorzugen.

Ein weiteres Merkmal der Patienten war ihr Geschlecht: Konsultationen mit weiblichen Patienten zeigten eine Tendenz, länger zu dauern und bezüglich einzelner Inhalte ausführlicher zu sein.

Status von Arzt und Patient können einen beachtlichen Einfluß auf die Konsultation haben. Das Alter ist eine traditionelle Statusvariable. Sie gibt dem Älteren ein höheres Ansehen. Außerdem verfügen ältere Menschen über größere Erfahrung mit Erkrankungen und Ärzten. Patienten der höheren Altersgruppen nehmen für sich in Anspruch, mehr zu äußern als jüngere Patienten. Auf die Ärzte hat das Alter ihrer Patienten keinen Einfluß, weder in Bezug auf ausführliche Befragung, noch in Bezug auf Beratung. Die Vermutung liegt jedoch nahe, daß Anredeformen und Verwendung von Partikeln altersbedingte Unterschiede aufweisen, doch ist diese Dimension des Arztverhaltens einem anderen Bericht vorbehalten (WACHARAKUL, 1979).

Eine weitere Statusvariable ist der Beruf.
Die beruflichen Sozialisierungseffekte bei Ärzten und Patienten führen zu bestimmten gegenseitigen Wahrnehmungen und entsprechenden Verhaltensweisen; der Beruf des Patienten bestimmt dessen Verhalten so, daß die Interaktion deutlich beeinflußt wird. Wir nehmen an, daß der Arzt den Berufen ebenfalls Statuspositionen innerhalb der sozialen Hierarchie einräumt und sich aufgrund dieser Statuswahrnehmung des andern in seinem Interaktionsverhalten leiten läßt. Die Parallel-

setzung von Beruf und Status erlaubt uns, Hypothesen über das verbale Äußerungsverhalten des Arztes aufzustellen. Die allgemeine Hypothese besagt, daß Ärzte gegenüber Patienten unterschiedlicher Berufszugehörigkeit verschieden handeln. Differenzierter lautet die Hypothese: Statushohen Patienten gegenüber äußern sich Ärzte ausführlicher, offener und zugewandter (z.B. bei Lehrern und Angestellten) als gegenüber statusniedrigen (z.B. Arbeiter und Bauern).
Die Inhaltsanalyse bestätigt die allgemeine Hypothese, die differenzierte aber nur teilweise. In den Ergebnissen fanden sich interessante Abweichungen von ihr, die verdeutlichen, daß Beruf allein zur Operationalisierung von Status nicht ausreicht. Formale Bildung und freie Handlungs- bzw. eigene Entscheidungsmöglichkeiten im Beruf sind weitere Variablen, die mit Beruf in Verbindung zu sehen sind und eine Rolle in der Interaktion spielen. Zu den weisungsempfangenden Berufen zählen wir Arbeiter, Polizei- und Armee-Angehörige, zu den relativ selbständigen Lehrer, Angestellte, Bauern und im Verkauf Tätige.
Berufe auf einem höheren Ausbildungsniveau und mit größerer Selbständigkeit führen zu längeren Interaktionen. Angehörige von Berufen mit hohem Anteil an Weisungsempfang von Vorgesetzten verhalten sich auch in der Sprechstunde, wie sie es wohl am Arbeitsplatz tun, als Untergebene. Ihre Interaktionen sind kürzer. Dieses Ergebnis hat jedoch nur einen gewissen Plausibilitätswert, da genaue Angaben fehlen und die Einstufung der Berufe nach Entscheidungsfreiheit und Bildungsgrad nur sehr grob a posteriori vorgenommen wurde.

Die Beachtung bestimmter Inhalte in der Interaktion scheint ebenfalls berufsabhängig zu variieren, sich nach bestimmten Erkrankungen ausrichtend, die in diesen Berufen gehäuft auftreten. Beispielsweise widmen Ärzte bei Taxi- und LKW-Fahrern einen Großteil ihrer Aufmerksamkeit den Lebens- und Eßgewohnheiten, weil sie die gehäuft auftretenden Störungen des

Verdauungssystems (Magenschmerzen) in dieser Berufsgruppe den unregelmäßigen Arbeitsbedingungen zuschreiben. Die Ergebnisse eröffneten noch weitere interessante Beziehungen: Mönche werden im Durchschnitt extrem kurz abgefertigt, gefolgt von Polizei- und Armeeangehörigen. Angestellte und Lehrer und Studenten dagegen werden bevorzugt behandelt. Die von Ärzten gezeigte ablehnende Haltung Mönchen gegenüber wurde als Konflikt eines modernen Statushohen im Umgang mit einem traditionellen Statushohen interpretiert, der zusätzlich in vielen Fällen durch Symptome beeinträchtigt wird, für die sich der Arzt nicht kompetent fühlt. Er kann dann, wie noch gezeigt wird, organische Symptome akzeptieren und psychosozial bedingte Krankheitshinweise übergehen, was ebenfalls in verkürzten Interaktionen resultiert.

Zur Überprüfung der Annahme, daß die Symptomatik einen wesentlichen Einfluß auf die Interaktion hat, wie das vorangegangene Beispiel gezeigt hat, wurden die Patienten vier Symptomklassen zugeordnet, die auf der Dimension 'organische - psychische' Verursachung der Erkrankung angeordnet waren. Die Zugehörigkeit zu einer Symptomgruppe hat größeren Einfluß als die Berufszugehörigkeit, wie mit einer zweifaktoriellen Varianzanalyse gezeigt wird. Ärzte interagieren mit Patienten mit psychogenen Syndromen wesentlich länger und mit bedeutend mehr Äußerungen als mit Patienten mit Störungen des Allgemeinbefindens.

Die Ergebnisse zeigen die Anpassung des im statistischen Sinne "durchschnittlichen Arztes" an die Erfordernisse der vorgebrachten Beschwerden, auch wenn es sich bei den Symptomgruppen nur um eine grobe Rasterung handelt. Denkbar wäre allerdings, daß gerade diese grobe Rasterung dem ärztlichen Kategorisierungsvermögen am besten entspricht. Erinnern wir uns an Diagnosen, die bei den für Interviews ausgewählten Patienten gestellt wurden, finden wir auffällige Übereinstimmung: nicht klar erkennbare, diffus beschriebene Symtomatik wurde nur allzugern und unkritisch als Neurose klassifiziert.

Konsultationsexterne Faktoren beeinflussen die Interaktion beträchtlich. Dazu gehören die Lage des Krankenhauses, der Arbeitsanfall, die Ausstattung, Personal und Arbeitsklima und viele andere, die so aufdifferenziert jedoch nicht zur Verfügung stehen. Als Faktorenbündel 'Krankenhaus' haben wir ihren Einfluß erfaßt unter der Annahme, daß bestimmte Verhaltensmuster an verschiedenen Krankenhäusern existieren. 3 Gruppierungen von Krankenhäusern lassen sich bezüglich der Ergebnisse der Inhaltsanalyse erkennen. Sie stimmen weitgehend überein mit der Kombination aus der Entfernung des Krankenhauses zur Hauptstadt und seiner Größe. Ärzte aus einem kleinen Krankenhaus, das weit von der Hauptstadt entfernt liegt, interagieren kürzer mit ihren Patienten als Ärzte eines kleinen Krankenhauses, das näher an der Hauptstadt liegt. Bei gleicher Entfernung sind Konsultationen an großen Krankenhäusern durchschnittlich wiederum ausführlicher als an kleinen. Die genaue Untersuchung dieser und anderer krankenhausspezifischer Variablen erfordert aber eine eigene Studie. Die Analyse der Inhalte von Konsultationsgesprächen hat gezeigt, daß die Interaktion den verschiedenen Einflüssen ausgesetzt ist.Die Reaktion auf sie ist unterschiedlich stark.

Abhängige Variablen dieser Arbeit sind zusätzlich die Struktur und der Verlauf der Interaktionen. Zur Struktur besteht die Annahme, daß das Konsultationsgespräch drei Phasen bildet, die sich inhaltlich-funktional bestimmen durch die ärztliche Informationssammlung zur Symptomatik und weiterer anamnestischer Daten (Phase 1), durch die Feststellung von Krankheitsverursachung und Diagnose (Phase 2) und durch die Informierung des Patienten hinsichtlich seiner Behandlung (Phase 3). Innerhalb der Phasen lassen sich die Inhalte wiederum differenzieren in die,die in dieser Phase zurecht angesprochen werden und in die, die erst in den anderen Phasen angesprochen werden sollten. Von der Phasenstruktur weichen die Ärzte in unterschiedlichem Maß und in unterschiedlicher Weise ab. Die Struktur ihrer Gespräche ist abhängig davon,

ob es sich um Erst- oder Folgepatienten handelt. Folgepatienten werden bereits in Phase 1 in verstärktem Umfang über die Behandlung informiert, da sich bei ihnen Einsparungen hinsichtlich der Symptombefragung zugunsten therapeutischer Informationen auswirken. Weiter ist auch die Symptomatik maßgeblich beteiligt. Patienten mit Störungen des Allgemeinbefindens werden generell signifikant weniger befragt und informiert als Patienten mit psychosomatischen Störungen und psychogenen Syndromen. Störungen der inneren Organe und organische Nervenleiden liegen dazwischen. Diese Aufmerksamkeitszuwendung der Ärzte, die sich in größeren Textlängen bei psychosomatisch Erkrankten auswirkt und im Gegenteil dazu zu kürzeren Konsultationen bei organisch Erkrankten führt, entspricht unserer Annahme, nach der sich auch die Symptomgruppierung gerichtet hatte . Dabei waren wir jedoch nicht vom offensichtlichen Erscheinungsbild ausgegangen, sondern haben die Frage nach den verursachenden Faktoren berücksichtigt. Magengeschwüre erachteten wir auf psycho-sozialen Ursachen beruhend und gruppierten sie zu den psychogenen/ psychosomatischen Erkrankungen.

Struktur- und Inhaltsanalyse zeigten deutlich den Einfluß, den die Symptomatik auf das Interaktionsverhalten des Arztes hat, was den wechselseitigen Informationsfluß anbetrifft. Sie öffneten auch die Perspektive auf die Verteilung der Arztäußerungen, die zu Beginn sehr zahlreich aus meist sehr kurzen Fragen besteht und zum Ende des Gesprächs - in der dritten Phase - aus längeren, aber wenigen Ausführungen. Die Verteilung wird der Funktion von Arzt und Patient gerecht, doch ist die Länge und Ausführlichkeit bei einer durchschnittlichen Interaktionsdauer von 3.5 Minuten und der reinen Sprechdauer von Arzt und Patient gemeinsam mit durchschnittlich 2.25 Minuten sicher nicht ausreichend. Die Verteilung der Inhalte in den Phasen, das häufige Auftreten von Symptomerörterung in Phase 3 und umgekehrt, deutet an, daß sich der Verlauf der Konsultationsgespräche noch an anderen Kriterien orientiert.

Eines dieser Kriterien ist die Abfolge von Inhalten im Gesprächsverlauf, die wir einer Sequenzanalyse unterwerfen. Halten wir die Annahme aufrecht, daß der Interaktionsprozeß im Konsultationsgespräch ein Entscheidungsprozeß ist, dann können wir davon ausgehen, daß die Inhalte in logischer Abfolge geäußert werden, d.h. daß eine logische Sequenz bestehen muß. Von dieser können Ärzte abweichen. Ihre individuelle Inhaltssequenz variiert wie auch die interindividuelle. Mit der Erstellung von Abweichungsindices - Abweichung des individuellen Gesprächsverlaufs vom hypothetisch logischen - haben wir Sequenzmaße gefunden (SABW, GABW), die den Einflüssen von Patienten weitgehend widerstehen und in erster Linie typische arztabhängige Verhaltensmaße darstellen. Symptome der Patienten sind an ihrer Varianz kaum beteiligt, Berufe nur in geringem Umfang.

Die Konstruktion der Sequenzmaße war angestrebt worden, um ein Kriterium für das zielorientierte Vorgehen der Ärzte in ihren Gesprächen zu erhalten. Eine Annahme dazu war zum Beispiel: Alte, erfahrene Ärzte wählen in ihren Konsultationsgesprächen ein systematisches, geordnetes Vorgehen, während junge Ärzte unsicher und unsystematisch das Gespräch führen. Diese Annahme erwies sich bei Prüfung der Abweichungswerte als richtig. Junge Ärzte erhalten entweder hohe Werte, die ihr sehr unstrukturiertes, thematisches Springen oder ihr Bemühen, viele Informationen aus verschiedenen Bereichen zu erfassen, indizieren. Ärzte mittleren und höheren Alters haben niedrige Abweichungswerte, Systematik, ja fast schon Rigidität signalisierend. Bei den älteren Ärzten konnte unter Berücksichtigung ihrer Textlänge auf ein geordnetes, logisches Vorgehen geschlossen werden, das gleichzeitig Probleme und Schwierigkeiten der Patienten beachtet.

Die Struktur- und Inhaltsanalyse haben gezeigt, daß das zentrale Objekt des Entscheidungsprozesses in der Konsultation die Symptomatik ist. Für den Verlauf des Gesprächs ist die Symptomatik jedoch nicht relevant, der Verlauf abstrahiert vielmehr von der inhaltlichen Problematik und bildet ein verselbstständigtes, teilritualisiertes Verhaltensmuster. Dem Arzt wird nicht bewußt, daß er ein solch automatisiertes Verhalten zeigt; ihm ist vermutlich auch nicht bewußt, daß sich der Entscheidungsprozeß bei ihm allein abspielt ohne aktive Teilnahme des Patienten und daß unter dem Zwang automatischen Verhaltens viele Informationen des Patienten verloren gehen, die für den Entscheidungsprozess von Bedeutung sind. Umgekehrt ist der Arzt anscheinend auch nicht in der Lage,den Informationsfluß zum Patienten individuell zu steuern.

In der Struktur und den Inhalten selbst sind die Symptome Gegenstand der Verhaltensbeeinflussung. Im Informationsaustausch,der zur Entscheidung führt, werden Symptome und Diagnose handlungsrelevant. Bei psychosomatischen Erkrankungen wird dann mehr und länger informiert als bei organischen Erkrankungen.

Um die verschiedenen Meßvariablen aus der Inhalts-, der Struktur- und der Sequenzanalyse zu vereinigen, wurde eine Clusteranalyse gerechnet. Wir verwendeten diese Methode, um eine Zuordnung von Konsultationsgesprächen mit gleichen oder ähnlichen Merkmalen zu bestimmten Gruppen zu erhalten. Die Analyse wurde mit dem Verfahren von WARD gerechnet und mit einer Diskriminanzanalyse überprüft. Das Ergebnis liefert fünf, sich rechnerisch optimal voneinander unterscheidende Gruppen.

Die Clustergruppen sind in erster Linie auf der Dimension 'Menge der wichtigen Sprechaktivitäten' abgebildet. An ihr sind die formalen Variablen (Interaktionsdauer, Sprechdauer, Textlänge, Pausendauer) stark beteiligt, zusätzlich die Unmittelbarkeit im Anweisungsverhalten, Symptombefragung und Behandlung und Prophylaxe. Die Ärzte sind also durch die Inhalte ihrer Gespräche charakterisiert, denen sie selbst die größte Bedeutung beimessen. Darauf weisen Phasenstrukturen und Äußerungsmenge zu den entsprechenden Inhalten hin. Clustergruppe 5 hebt sich auf dieser Dimension signifikant von den anderen Gruppen ab. Auf der zweiten Dimension stehen sich Clustergruppe 2 und 3 am entferntesten gegenüber. Diese Dimension repräsentiert höflich-sachliches Verhalten am positiven Pol und kühles, von Desinteresse geprägtes am negativen. Die dritte Dimension weist für Clustergruppe 3 die höchste Ausprägung in positiver Richtung, für Clustergruppen 1 und 5 in negativer Richtung auf. Sie verdeutlicht ausgeprägtes oder prägnantes Verhalten in Kombination mit persönlichen Fragen.

Clustergruppe 3 vereinigt die Ärzte, die den Eindruck erwecken, professionell zu sein, ohne dabei aber abweisend zu sein. Sie dominieren gegenüber den Patienten durch die Menge eigener Äußerungen. Clustergruppe 5 repräsentiert die beliebten, warmherzigen, emotional akzeptierenden Ärzte; Clustergruppe 1 die ebenfalls beliebten, aber weniger warmherzig und emotional akzeptierenden und weniger freundlichen Ärzte, bei denen leicht der Eindruck entsteht, daß ihr Desinteresse am Patienten diesem in Relation zur eigenen Äußerungsmenge viel Zeit zum Sprechen gibt. Ärzte dieser Gruppe zeichnen sich aus durch die knappe Erhebung anamnestischer Daten und die minimalen Behandlungsanweisungen. In Clustergruppe 2 sind vorwiegend unbeliebte Ärzte, bei denen die geringe Menge von Inhaltselementen

auf Kosten der Diagnose, Ursachennennung und Behandlungshinweise gehen. Sie sind ungeduldig, emotional abweisend und rigide, unfähig zu effektiver Interaktion. Clustergruppe 4 ist von allen diesen Gruppen die verhaltensmäßig am neutralsten und ausgeglichenste.

Die quantitativen Analysen haben Inhalts- und Strukturelemente der Arzt-Patient-Interaktion aufgezeigt. Die anschließende Kategorisierung in 5 Gruppen hat sie einem Ordnungsschema unterworfen, das bei dem Umfang der Daten diese Gruppen nur plakativ beschreiben kann. Zur Veranschaulichung wählten wir eine Anzahl von Konsultationsgesprächen aus nach dem Kriterium der Ähnlichkeit ihrer Diskriminanzwerte mit den Centroiden der Clustergruppen. Die Interpretation der ausgewählten Konsultationstexte hat über die Veranschaulichung der Clustergruppen hinaus noch einmal die Kommunikationsprobleme vor Augen geführt. Wir können dabei unterscheiden zwischen Problemen, die mit der Befragungstechnik, sprachlichen Problemen und Problemen der gegenseitigen Beziehung und Wahrnehmung zusammenhängen.

In ihrer Befragungstechnik stellt die Art der Frageformulierung ein ganz wichtiges Hindernis dar, effektiv Informationen zu sammeln. Die häufigsten Fehler sind das Stellen mehrerer Fragen zur gleichen Zeit, Suggestivfragen und Ja-Nein-Fragen. Bei der Aneinanderreihung mehrerer Fragen, ohne dem Patienten Zeit zur Beantwortung einer jeden einzelnen zu lassen, erhält der Arzt nur einen Bruchteil der verlangten Information, da meist nur auf die letzte Frage geantwortet wird. Aber dessen kann der Arzt auch nicht sicher sein, sodaß noch ein hoher Unsicherheitsfaktor die Bewertung der Antwort belastet. Die zweite Quelle für geringe Informationen sind Suggestivfragen und Ja-Nein-Fragen, die es dem Patienten erlauben, nur durch Zustimmung oder Ablehnung zu reagieren, wodurch die Weitergabe wichtiger Informationen unterbleiben kann. Das Nichtbeachten dieser einfachsten Techniken des Interviewens weist auf die Notwendigkeit hin, Ärzten die Probleme der Interviewführung bewußt zu machen und ihnen die Techniken zu vermitteln.

Einen anderen Aspekt der Interviewtechnik werfen die Ergebnisse der Sequenzanalyse auf. Die logische Abfolge von Inhaltselementen in der Befragung und in der Informierung der Patienten ist häufig unterbrochen. Aufeinanderfolgende Themen stehen in keinem ersichtlichen Zusammenhang. Eine aktive Teilnahme, ein Mitdenken, wird den Patienten erschwert, wenn nicht gar unmöglich gemacht.

Bestimmte Eigenarten lautlicher Äußerungen von den Ärzten können ebenfalls einen negativen Effekt auf den Informationsfluß haben. Im Gegensatz zu einem bestätigenden 'Mhm' oder einem interessierten, fragenden 'Ja' lassen ein desinteressiertes 'Hm' oder abwesendes 'Ja' oder auch ständige Nachfragen, als habe der Arzt nicht zugehört, die Informationen versiegen. In den genannten Verhaltensweisen begründen sich vielfach die geringen Mengen an Informationselementen, die in den quantitativen Analysen gezeigt wurden. Die zur Verfügung stehende Zeit wird nicht effektiv genutzt.

Einen weiteren Problembereich bilden die sprachlichen Unterschiede der Interaktionspartner. Die meisten Patienten sprechen einen mehr oder weniger stark von der Hochsprache abweichenden Dialekt.Bei starken Abweichungen wird es für den Arzt schwierig, den Patienten zu verstehen. Auch verfügen beide über ein unterschiedliches Vokabular und über unterschiedliche nosologische Bezugssysteme.Nur in wenigen Fällen haben sich Ärzte bemüht festzustellen, ob sie richtig verstanden wurden. Kaum einer hat seine eigene Fähigkeit, Erklärungen und Hinweise zu geben,in Frage gestellt.

Damit eröffnet sich ein drittes Problem, das der Einschätzung des andern und der Selbstbeurteilung. Ärzte, so war unser Eindruck,überschätzen Wissen und Fähigkeiten der Patienten. Der Verlauf der Konsultation ist bei vielen Ärzten vom Inhalt beurteilt rudimentär. Eine sorgfältige Anamneseerhebung ist äußerst selten, die Erfragung der Symptome lückenhaft. Erklärungen der Krankheitsursache, der Untersuchungen und deren Ergebnisse sowie die Prognose fehlen in vielen Konsultationen völlig. Um dem Arzt folgen

zu können, müßte ein Patient über ein ausgedehntes Wissen um seine Erkrankung verfügen. Die Hinweise der Ärzte zur Behandlung, deren Verlauf und Dauer, deren mögliches Ergebnis sowie der in Anwendung gebrachten Medikamente waren kaum ausführlicher als die vorangegangenen; sie fehlten häufig völlig, weil der Arzt sich auf das ausgeschriebene Rezept verließ in der Hoffnung, daß die Angestellten in der Krankenhausapotheke die nötigen Hinweise geben würden. Es mangelt generell an einer Kontrolle, ob die Patienten Instruktionen und Erklärungen richtig verstanden haben. Umgekehrt rückversichern sich Ärzte nicht, ob sie ihre Patienten auch richtig verstanden haben. Hier handelt es sich gleichzeitig um ein sprachliches und semantisches Problem, bei dem es auf das Bedeutungsumfeld eines Begriffs ankommt, etwa, ob der Arzt unter einem vom Patienten beschriebenen Symptom das gleiche versteht, wie dieser zum Ausdruck bringen wollte.

Damit berühren wir auch ein motivationales Problem bei den Ärzten. Ihr Verhalten mußte häufig als desinteressiert beschrieben werden, wo es darum ging, andere als organische Symptome in Betracht zu ziehen. Äußerten Patienten einmal zusätzlich Symptome nicht-organischen Ursprungs von sich aus, quittierten dies die Ärzte meist mit Unmut. Sie selbst konzentrieren sich, mit wenigen Ausnahmen, auf die organogenen Symptome. Im Extremfall beachten sie Aussagen, die in die andere Richtung gehen, nicht. Den meisten Ärzten fehlt das Gespür oder das Wissen zu erkennen, daß viele Erkrankungen ihrer Patienten auf gestörten sozialen Beziehungen beruhen. Häufig werden sie mit Problemen konfrontiert, die in den interpersonellen Beziehungen zwischen Patient und seiner Familie oder anderen beruhen. Auch Ängste werden häufig angedeutet. Die Antwort der Ärzte auf diese Probleme liegt im Griff nach dem Rezeptblock.

Hier scheint ein weiterer Mangel in der ärztlichen Ausbildung zu liegen, der durch entsprechende Kurse oder Studienfächer allein aus ökonomischer Sicht, vielmehr noch aus Sicht der Heilung von Leidenden, abgestellt werden muß.

Die sozio- emotionale Verhaltensdimension, die schon des öfteren mit anklang, spielt eine signifikante Rolle in der Arzt-Patient-Interaktion. Patienten beurteilen ihren Arzt als sympathisch, freundlich, höflich u.ä., kurz gesagt, sie mögen ihn oder nicht. Die negative Beurteilung kann vom Arz wenn er sich dessen bewußt ist, nachhaltig beeinflußt werden, da ein Zusammenhang zwischen Zufriedenheit des Patienten und Folgeverhalten einerseits und Zufriedenheit und Arztverhalten a dererseits festgestellt wurde. Der Arzt erreicht Zufriedenheit bei seinen Patienten, wenn er deren Erwartungen kennt und darauf eingeht. Versäumt er darauf zu reagieren, läßt er kein Interesse am Patienten erkennen oder führt er nur kurze Gespräche[1] mit ihnen, birgt dies die Gefahr unzufriedener Patienten in sich und hat zur Folge, daß sie die Behandlung unterbrechen, den Arzt wechseln (DOYLE & WARE, 1977 , KASTELER et al.,1976), traditionelle Heiler aufsuchen oder Quacksalber konsultieren. Auch die Patienten in Thailand sind ihren Ärzten gegenüber kritisch und neigen in starkem Maß zu "shopping behavior", dem häufigen Wechsel des behandelnden Arztes.

Die sozio-emotionale Dimension betrifft in erster Linie die direkte Beziehung zwischen Arzt und Patient. Eine zweite affektive Komponente bringen die Patienten mit ein durch ihre Beziehung zur Krankheit, und die daraus erwachsende Konsequenzen in ihrer Beziehung zur Umwelt. Jeder Kranke reagiert verschieden aufgrund unterschiedlicher Erfahrung mit Krankheit, Arzt und Krankenhaus. Diese individuellen Reaktionsweisen berücksichtigen nur ganz wenige Ärzte in ihrer Interaktion. Für viele scheint der Patient"ein Fall" zu sein, dessen Symptome kuriert werden sollen und nicht mehr.

---

1) die Clusteranalyse hat in Zusammenhang mit kurzen Gespräche in 2 Gruppen (1 und 2) wenig positives Arztverhalten aufgedeckt, legt man als Beurteilungskriterium die Handlungsziel der A-P-Interaktion an. Positiv wurden 2 andere Gruppen beurteilt (4 und 5), die doppelte Interaktionszeiten haben. Diese Zeitdifferenz erlaubt es diesen Ärzten, Gespräche sorgfältiger zu führen und mehr Inhaltselemente zu berücksichtigen.

Diese Arbeits stellt einen ersten Versuch dar, Arzt-Patient-Interaktionen als aktuelles Handlungsgeschehen in seinem Handlungsfeld quantitativ und qualitativ zu analysieren. In der Untersuchung wurde von einem holistischen Standpunkt ausgegangen, doch konnte hier nur ein Ausschnitt behandelt werden, der die Inhaltsanalyse betraf und die damit gekoppelten methodischen Schritte. Mängel, die sich während der Analyse zeigten, bestanden vor allem in den sehr dürftigen Hintergrundinformationen der Patienten, die den häufig nur unvollständigen Krankenblättern entnommen waren. Nachteilig wirkte sich auch aus, daß auf die nicht verbale Seite der Interaktion verzichtet werden mußte.

Demgegenüber besaß unser Vorgehen auch Vorteile. Größere Mengen von Interaktionen lassen sich auf der Basis objektiver Daten bearbeiten. Auf dieser Grundlage lassen sich Gesprächsstrukturen herauskristallisieren und funktionale Phasen bestimmen. Eine Übertragung der Prozedur auf andere Gespräche ist denkbar, wenn das Analyseschema für deren Zwecke angepaßt wird.

Ein breites Feld der Anwendung für das Analyseschema bietet sich auch in der kulturvergleichenden Forschung an. Sein Vorzug ist, daß man verbales Material, - seien es Anworten auf standardisierte Fragebögen, thematische Apperzeptionsverfahren oder Gesprächsaufzeichnungen - , in seinem kulturellen und sprachlichen Bedeutungsgehalt analysieren kann. Selbst bei Kenntnis der fremden Kultur und Sprache bestehen gewöhnlich für den Forscher erhebliche Schwierigkeiten und mögliche Fehlerquellen bei der Analyse solchen Materials, auch wenn er sich auf gute Übersetzungen stützen kann. Ein Beispiel hierfür liefert Konsultation 312/03. In Einheit 11 sagt die Patientin Patientin gemäß der englischen Übersetzung: "I have a shaky feeling" (Ich fühle mich so zittrig).
Im Thai Text heißt es :"man cajsan lɛɛw man phlia", zu deutsch: Ich habe Herzzittern. Die Rücksprache mit einer Thai-Mitarbeiterin hat dann die in unserer Interpretation verwendete Bedeutung aufgedeckt.

Wir haben ein Vorgehen gewählt, das einen entscheidenden Vorteil bringt: Thais analysieren thailändische Texte anhand eines Analyseschemans, das unter ihrer Mitarbeit entstanden ist. Das gleiche Vorgehen ließe sich in anderen Kulturen anwenden, unter Berücksichtigung der Übertragungsmöglichkeiten von Konzepten, und die Ergebnisse wären vergleichbar.
In einer tentativen Untersuchung wurde das Analyseschema in Deutschland verwendet, doch haben wir keinen Vergleich vorgenommen, weil die Ausgangsbedingungen verschieden waren. (Weitzel, 1977). Andere vergleichende Untersuchungen wurden noch nicht durchgeführt.

Analysedaten, die unter vergleichbaren Bedingungen in verschiedenen Kulturen erhalten wurden, lassen sich vergleichen und kulturübergreifende Verhaltensmuster und Universalien oder Konzepte aufdecken.
Interindividuelle Vergleiche lassen sich ebenfalls durchführen, etwa mit dem Ziel, Schwächen der Interviewführung zu verdeutlichen. In diesen Fällen sollten die von uns ausgeklammerten Bereiche verbaler Äußerungen, die Hinweise auf die affektive Beziehung geben, miteinbezogen werden.

LITERATUR

ACKOFF, R.L. Towards a behavioral theory of communication. Management Science, 1958, 4, 218 ff.

ARGYLE, M. The psychology of interpersonal behaviour. Harmondsworth: Penguin Books, 1967

ARGYLE, M. Social interaction. London: Methuen, 1969

ARGYLE, M. Soziale Interaktion. Köln: Kiepenheuer & Witsch,1974[2]

ARGYLE, M. Social encounters: Readings in social interaction. Chicago: Aldine Publishing Co., 1973.

ATTNEAVE, F. Applications of information theory to psychology. New York: Holt, 1959

ATTNEAVE, F. Informationstheorie in der Psychologie. Grundbegriffe, Techniken, Ergebnisse. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber, 1974[3] (3. veränderte und erg. Auflage)

BAAKE, D. Kommunikation und Kompetenz. Grundlegung einer Didaktik der Kommunikation und ihrer Medien. München: Juventa-Verlag, 1975 (2. Aufl.)

BALES, R.F. Interaction process analysis: A method for the study of small groups. Reading, Mass.: Addison-Wesley Publ. Co. Inc. 195o

BALES, R.R. The equilibrium problem in small groups. in: T. PARSONS, R.R. BALES & E.A. SHILS (eds.).Working papers in the theory of action. Glencoe, Ill.: Free Press, 1953, 111-161

BALES, R.R. How people act in conferences. Scientific American, 1955, 192, 3, 31-35

BALES, R.F. Personality and interpersonal behaviour. New York, N.Y.: Holt, Rinehart & Winston, 197o

BALES, R.F. & STRODTBECK, F.L. Phases in group problem-solving. in: M. ALEXIS & C.Z. WILSON, Organizational decision-making. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1967, 122-133

BALINT, M. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Frankfurt: Fischer Bücherei, 197o

BARKER, R. The stream of behavior. New York: Appleton-Century Crofts, 1963.

BARRY, J. Thai students in the United States: A study in attitude change. Ithaca: Cornell University, Dept. of Asian Studies, 1967

BECKMANN, D. Psychologische Determinanten in der Arzt-Patient-Beziehung. Münchner med. Wochenschrift, 1972, 4, 133-139

BECKMANN, D. Der Analytiker und sein Patient. Untersuchungen zur Übertragung und Gegenübertragung. Bern: Huber, 1974

BERELSON, B. Content analysis in communication research. Glencoe, Ill.: 1952

BERLO, D.K. The process of communication: An introduction to theory and practice. New York: 1966

BERG, D.M. A descriptive analysis of the distribution and duration of themes discussed by task-oriented small groups. Speech Monographs 1967, 34, 172-175

BERKER, P. de (ed.) Interaction. Human groups in community and institution.

BICKMAN, L. & HENCHY, T. Beyond the laboratory: field research in social psychology. London: McGraw Hill, 1972

BIDDLE, B.J. & THOMAS, E.J. Role theory: concepts and research. New York: John Wiley & Sons, 1966

BLAU, P.M. Exchange and power in social life. New York: John Wiley & Sons, 1964

BLAU, P.M. Social exchange. In: D.I. SILLS (Ed.), International encyclopeida of the social sciences. New York: Macmillan & Free Press, 1968, 7, 452-457

BLAU, P.M. & DUNCAN, D.D. The American occupational structure. New York: John Wiley & Sons, 1967

BLEICHER, K. Zentralisation und Dezentralisation von Aufgaben in der Organisation von Unternehmungen. Berlin: 1966

BLOOM, S.W. The doctor and his patient. A sociological interpetation. New York: Russell Sage Foundation, 1963

BOESCH, E.E. Die diagnostische Systematisierung, in: R. HEISS, Psychologische Diagnostik. Göttingen: Hogrefe Verlag, 1964, 930-953

BOESCH, E.E. Zwiespältige Eliten. Eine psychologische Untersuchung über administrative Eliten in Thailand. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber, 197o

BOESCH, E.E. Zwischen zwei Wirklichkeiten. Prolegomena zu einer ökologischen Psychologie. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber, 1971

BOESCH, E.E. Communication between doctors and patients in Thailand. Part I: Survey of the problem and analysis of the consultations. Saarbrücken: Socio-Psychological Research Centre on Development Planning, 1972

BOESCH, E.E. Arzt und Patient in Thailand. Saarbrücken: Hochschule des Saarlandes, Aus Forschung und Lehre, Jan. 1974, Nr. 5

BOESCH, E.E. Kultur und Biotop. Saarbrücken: Sozialpsychologische Forschungsstelle, 1975

BOESCH, E.E. Psychopathologie des Alltags - zur Ökopsychologie des Handelns und seiner Störungen. Bern, Stuttgart, Wien: Huber Verlag,1976

BOESCH, E.E. The medical interaction - a study in Thailand. The German Journal of Psychology, 1977, 1, 13-28

BOOMER, D.S. Hesitation and grammatical encoding. Language and Speech, 1965, 8, 148-158

BORGATTA, E.F. A new systematic interaction observation system: Behavior Scores System (BSS System). Journal of Psychological Studies, 1963, 14, 25-44

BORGATTA, E.F. & CROWTHER, B. Social interaction processes. Chicago: Rand McNally, 1965

BRAEHLER, E. & ZENZ, H. Apparative Analyse des Sprechverhaltens in der Psychotherapie. Zeitschrift f. Psychosomat. Medizin und Psychoanalyse, 1974, 2o, 328-336

BRAEHLER, E., BECKMANN, D. & ZENZ, H. Giessen-Test (GT) und Sprechverhalten bei neurotischen Patienten im Erstinterview. Med. Psychologie, 1976, 1, 49-57

BRIM, D.G., GLASS, D.C., LAVIN, D.E. & GOODMAN, N. Personality and decision processes. Studies in the social psychology of thinking. Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1962

BRONFENBRENNER, U. Ökologische Sozialisationsforschung. in: K. LÜSCHER (Hrsg.) Ökologische Sozialisationsforschung. Stuttgart: Ernst Klett Verlag, 1976

BRONFENBRENNER, U., HARDING, J. & GALLWEY, M. The measurement of skill in social perception. In: D.C. MCCLELLAND et al. (eds.) Talent and society. Princeton, N.J.: Van Nostrand, 1958

BRYANT, J. Health and the developing world. Ithaca, London: Cornell University Press, 1969 (1971 2nd printing).

BRYANT, J. The health needs of rural Thailand: a challenge to traditional university structure and function. Journal of Siam Society, Bangkok, 197O, LVIII, 1

BUCKLEY, W. Sociology and modern systems theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1967

CARROLL, J.B. Vectors of prose style. In: T.A. SEBOEK (ed.), Style in language. Cambridge, Mass.: Indiana University, 1958, 196o, 283-292

CARTWRIGTH, A. Human relations and hospital care. London: Routledge & Kegan Paul, 1969² (1964)

CHAPPLE 1949, zit. in: J.D. MATARAZZO, G. SASLOW, R. MATARAZZO & J.S. PHILLIPS, Stability and modifiability of personality patterns during standardized interviews. In: P.A. HOCH & ZUBIN, J. (eds.), Psychopathology of communication. New York: Grune & Stratton, 1957

CHERRY, C. Kommunikationsforschung - eine neue Wissenschaft. S. Fischer Verlag, 1963.(Original: On Human Communication New York: John Wiley & Sons, 1957)

CHITT HEMACHUDHA Major public health problems in Thailand. Paper presented at the consultative meeting of the Ministers of Health of Indonesia, Malaysia, Philippines, Singapore and Thailand in Den Pasar (Bali, September, 2, 1971), 282-291

COULTHARD, M. & ASHBY, M. Talking with the doctor 1. Journal of Communication, 1975, 25, 3, 14o-147

CUNNINGHAM, C.E. Some aspects of rural medicine in North-Central Thailand. Chiengmai, 1966 (mimeographed)

COPE, C. Linguistic structure and personality development. Journal of Counseling Psychology, 1969, 16, 2, 1-19

DANCE, F.E.X. Towards a theory of human communication, in: F.E.X. DANCE (ed.), Human communication theory: Original essays. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1967, 288-3o

DAVIS, J.H., LAUGHLIN, P.S. & KAMORITA, S.S. The social psycholo of small groups: Cooperative and mixed-motive interactio Annual Review of Psychology, 1976, 27, 5o1-541

DAVIS, K. & MOORE, W. Some principles of stratification. In: M.M. TUMIN (ed.), Readings on social stratification. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 197o, 368-377

DORLAND's illustrated medical dictionary, 24th edition (Asian edition), Philadelphia and London/Tokyo and Osaka: W.B. Saunder's Company/Igaku Shoin Ltd., 1965

DOYLE, B.J. & WARE, J.E. Physician conduct and other factors that affect consumer satisfaction with medical care. Journal of Medical Education, 1977, 52, 793-8o1

DUIJKER, H.C.J. The initial stages of social contact. In: Rencontre-Encounter-Begegnung. Contributions à une psychologie humaine, dédiées au Prof. F.J.J. Buytendijk, Utrecht, 1957, 129-139

DUNCAN, St. Jr. Interaction units during speaking turns in dyadi face-to-face conversation. In: A. KENDON, R.M. HARRIS & M.R. KEY (eds.), Organization of behaviour in face-to-fa interaction. The Hague, Paris: Mouton, 1975, 199-213

ENELOW, A.J. & SWISHER, S.N. Interviewing and patient care. London, Toronto, New York: Oxford University Press, 1972

ENGELHARDT, K., WIRTH, A. & KINDERMANN, L. Kranke im Krankenhaus - Grenzen und Ergänzungsbedürftigkeit naturwissenschaftlich-technischer Medizin. Stuttgart: Enke Verlag, 1973

FERBER, L. von Die Sprachsoziologie als eine Methode der Untersuchung des Arzt-Patient-Verhältnisses. Kölner Zeitschrift f. Soziologie, 1975 27, 86-96

FINE, H.J. & ZIMET, C.N. A quantitative method of scaling communication and interaction process. Journal of Clinical Psychology, 1956, 12, 168-271

FOA, U.G. Convergences in the analysis of the structure of interpersonal behavior. Psychol. Review, 1961, 68, 5, 341-353

FLANDERS, N.A. Analyzing teaching behavior. Reading, Mass.: Addison Publ. Co.,1970.

FRANCIS, V., KORSCH, M.B. & MORRIS, M.J. Gaps in doctor-patient-communiation: patients response to medical advice. New England Journal of Medicine 1969, 28o, 535-54o

FREIDSON, E. Client control and medical practice. Amer. J. of Sociol. 196o, 65, 374-382

GALL, H. Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten: Der Einfluß ausgewählter Patientenmerkmale auf das Interaktionsverhalten thailändischer Ärzte. Unveröff. Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Universität des Saarlandes, 1978

GERBNER, G., HOLSTI, D.R., KRIPPENDORFF, K. PAISLEY, W. & STONE,P.J. (eds.) The analysis of communication content: Developments in scientific theories and computer techniques. New York: John Wiley & Sons, 1969

GEISSNER, H. Sprechkunde und Sprecherziehung. Emsdetten: Verlag Lechte, 1968

GEISSNER, H. Rhetorik und politische Bildung. Kronberg i.Taunus: Verlag Scriptar, 1975[4]

GOFFMAN, E. The presentation of self in everyday life. Edinburgh: Social Sciences Research Centre, 1956

GOFFMAN, E. Interationsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation. Frankfurt: Suhrkamp, 1971 (Original: Interaction Ritual. Essays in Face-to-Face Behavior. Chicago: Aldine, 1967)

GOFFMAN, E. Strategic interaction. Oxford: Basil Blackwell, 1970

GOLDMAN-EISLER, F. The relationship between temporal aspects of speach, the structure of language, and the state of the speaker. In: K. SALZINGER & S. SALZINGER, Research in verbal behavior and some neuro-physiological implications. London, New York: Academic Press, 1967, 269-279

GOLDMAN-EISLER, F. Psycholinguistics: Experiments in Spontaneous Speech. London: Academic Press, 1968

GOLDSCHMIDT, A.M.F.Communication between doctors and patients in Thailand. Part VIII: Doctors in Thai hospitals: a survey. Saarbrücken: Sozialpsychologische Forschungsstelle für Entwicklungsplanung, 1976 (unveröff.)

GOLDSCHMIDT, A.M.F. Aspekte ärztlichen Verbalverhaltens: Die Verwendung von Fragen und Anweisungen zur Klassifizierung thailändischer Ärzte. In: J. SCHNEIDER & M. SCHNEIDER-DÜKER (Hrsg.), Interpretationen der Wirklichkeit. Saarbrücken: SSIP-Schriften Breitenbach, 1976

GOLDSCHMIDT, A.M.F. & HÖFER, B. Communication between doctors and patients in Thailand. Part II: Analysis of the interviews with doctors and with patients. Saarbrücken: Sozialpsychologische Forschungsstelle für Entwicklungsplanung, 1972

GOTTSCHALK, L.A. (ed.) Comparative psycholinguistic analysis of two psychotherapeutic interviews. New York: Internat. University Press, 1961

GOTTSCHALK, L.A. & GLESER, G.C. The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behavior. Berkley, Los Angeles: Univ. of California Press 1969

GOTTSCHALK, L.A. SPRINGER, K.J. & GLESER, G.C. Experiments with a method of assessing the variations in intensity of certain psychological states occurring during two psychotherapeutic interviews. In: L.A. GOTTSCHALK (ed.), Comparative psycholinguistic analysis of two psychotherapeutic interviews. New York: Internat. University Press, 1961

GOWER, J.C. A Survey of numerical methods useful in taxonomy, Acaralogia 1969, 11, 357-375

GRAUMANN, C.F. Interaktion und Kommunikation. In: C.F. GRAUMANN (Hrsg.), Sozialpsychologie. 2. Halbband: Forschungsbereiche. Göttingen: Hogrefe Verlag, 1972, 1109-1242

GUSKIN, A.E. Changing values of Thai college students. A research report. Bangkok: Chulalongkorn University, Faculty of Education, 1964

HAAS, M. Thai-English student's Dictionary. Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1967, 3rd. ed.

HALL, E.T. The hidden dimension. New York: Double day, 1969 (1966)

HANKS, J.R. Maternity and its rituals in Bang Chen. Data Paper No. 51. Southeast Asia Program. Ithaca, N.Y.: Cornell University, Dept. of Asian Studies, 1964

HARE, A.P. Four dimensions of interpersonal behavior. Psychological Reports, 1972, 3o, 499-512

HARLING, H.D. Formale Merkmale in der verbalen Kommunikation von Therapeuten und Patienten. Zeitschrift für Psychosomat. Medizin und Psychoanalyse, 2o, 1974, 7-11

HASTORF, A.H., SCHNEIDER, D.J. & POLEFKA, J. Person perception. Reading, Mass.: Addison-Wesley, 197o

HINDERLING, P. Communication between doctors and patients in Thailand. Part III: Interviews with traditional doctors. Saarbrücken: Sozialpsychologische Forschungsstelle für Entwicklungsplanung, 1973. Deutsch: Volkstümliche Medizin in Thailand. Saarbrücken: Sozialpsychologische Forschungsstelle für Entwicklungsplanung an der Universität des Saarlandes, 1972

HOLSTI, O. Content Analysis. In: G. LINDZEY & E. ARONSON (eds.), Handbook of Social Psychology. Reading, Mass.: Addison Wesley, 1968, 2nd. ed., Vol. II, 596-692

HOMANS, G.C. Social behavior: its elementary forms. London: Routledge & Kegan Paul, 1961

HOMANS, G.C. Fundamental social processes. In: N.J. SMELSER (ed.), Sociology: An introduction. New York: John Wiley & Sons, 1967, 3o-78

HOMANS, G.C. Theorie der sozialen Gruppe. Köln und Opladen: Westdeutscher Verlag, 1969, 4. Aufl. (Original: The Human Group. New York: Harcourt, Brace & Co., 195o)

HOORNAERT, F. & PIERLOOT, R. Parental symbolism in the doctor image of psychosomatic and neurotic patients. Journal of Psychosomatic Research, 1976, 2o, 247-253

HOVLAND, C. Social communication. In: Proceedings of the American philosophical society, 1948, 92.

ISCO, International Standard Classification of Occupations. Geneva: International Labour Office, ILO, 1962

JAFFE, J., FELDSTEIN, St. & CASSOTA, L. A stochastic model of speaker switching in natural dialogue. In: K. SALZINGER & S. SALZINGER, Research in verbal behavior and some neurophysiological implications. New York, London: Academic Press, 1967

JAFFE, J, & FELDSTEIN, S. Rhythms of dialogue. New York, London: Academic Press, 197o

JAHNKE, J. Interpersonale Wahrnehmung. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer, 1975

JASPAN, M.A. Traditional medical theory in South-East Asia. (An inaugural lecture delivered in the University of Hull on 1o. March 1969). University of Hull, 1969

JONES, E.E. & GERARD, H.B. Foundations of social psychology. New York: John Wiley & Sons, 1967

KANFER, F.H. Verbal rate, content and adjustment ratings in experimentally structured interviews. J. Abnorm. Soc. Psychol., 1959, 58, 3o5-311

KANFER, F.H. Verbal rate, eye blinks, and content in structured psychiatric interviews. J. Abnorm. Soc. Psychol., 196o, 61, 341-347

KASTELER, J., KANE, R.L., OLSEN, D.M. & THETFORD, C. Issues underlying prevalence of "doctor-shopping" behavior. Journal of Health and Social Behavior, 1976, 17, 328-339

KATZ, D. In: FESTINGER, L. & KATZ, D. Research methods in the behavioral sciences. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1953

KATZ, E. Petitions and motivating mechanisms. Guide for coding social interaction as exchange. 1. Doctor-Patient-Interaction. Jerusalem: Israel. Inst. of Applied Social Research, 1964

KATZ, E. & DANET, B. Communication between bureaucracy and public. In: SCHRAMM, W. et al. (eds.). Handbook of communication. Chicago: Rand McNally, 1973.

KATZ, E., GUREVITCH, M. DANET, B. & PELED, T. Petitions and prayers: A method for the content analysis of persuasive appeals. Social Forces, Vol. 47, 4, 1969

KAUPEN-HAAS, H. Stabilität und Wandel ärztlicher Autorität. Eine Anwendung soziologischer Theorie auf Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung. Suttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1969

KELLEY, H.H. Interaction process and the attainment of maximum joint profit. In: S. MESSICK & A.H. BRAYFIELD (eds.) Decision and choice: contributions of Sidney Siegel. New York: McGraw Hill, 1964

KENDON, A., HARRIS, R.M. & KEY, M.R. (eds.) Organization of behaviour in face-to-vace interaction. Den Haag, Paris: Mouton, 1975

KERLINGER, F.N. Foundations of behavioral research. Educational and psychological inquiry. New York, London: Holt, Rinehart & Winston, 1966

KITZMAN, N.A., KAECHELE, H. & THOMAE, H. Sprachformale Interaktionsprozesse in psychoanalytischen Erstinterviews. Zeitschrift für Psychosomat. Medizin und Psychoanalyse, 1974, 2o, 25-36

KORSCH, B.M.,GOZZI, E.K. & FRANCIS, V. Gaps in doctor-patient communication: doctor-patient interaction and patient satisfaction. Pediatrics 1968, 42, 855-871

KORSCH, B.M. & NEGRETE, V.F. Doctor-patient communication. Scientific American 1972, 227, 2, 66-74

LAING, R.D., PHILLIPSON, H. & LEE, A.R. Interpersonelle Wahrnehmung. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 1971

LAZARSFELD, P.F. & BERELSON, B. Analysis of communication content. New York: Bureau of Applied Social Research, 1949

LENNARD, H.L. & BERNSTEIN, A. Patterns in Human Interaction. San Francisco: Jossey-Brass 197o^2

LEWIN, K. Group decision and social change. In: T.M. NEWCOMB & E.L. HARTLEY (eds.), Readings in social psychology. New York: Holt, 1958

LEWIS, W.W., NEWELL, J.M. & WHITHALL, J. An analysis of classroom patterns of communication. Psychological Reports, 1961, 9, 211-219

LEY, P. Doctor-patient-communication. (unpublished research report of the research unit in doctor-patient-communication). University of Liverpool, 1971

LEY, P. Primacy, rated importance, and the recall of medical statements. Journal of Health and Social Behavior, 1972, 13, 311 ff.

LEY, P. & SPELMAN, M.S. Communicating with the patient. London: Staples Press, 1967

LIEBMANN, S. Conflicts created by the physician's attitude and behavior. In: S. LIEBMANN, Understanding your patient. London: Pitman, 1957, 36-39

LIENERT, G.A. Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. Band I: Textband, Meisenheim: Anton Hain, 1973^2

LLEWELLYN, L.G. & DITTMAN, A.T. The phonemic clause as a unit of speech decoding. Journal of Personality and Social Psychology, 1967, 6, 341-349

LOUNSBURY, F.G. Transistional probability, linguistic structure, and systems of habit-family hierarchies. In: C.E. OSGOOD & T.A. SEBEOK (eds.) Psycholinguistics: a survey of theory and research problems. Baltimore: Waverly Press, 1954, 93-1o1

LONGABAUGH, R. A category system for coding interpersonal behavior as social exchange. Sociometry, 1963, 26, 319-344

LOWINGER, P., DOBIE, S. & MOOD, D. Does the race, religion or social class of the psychiatric patient affect his treatment? Science and Psychoanalysis, 1966, 9, 129-149

MANN, R.D. Interpersonal styles and group development. New York: John Wiley & Sons, 1967

MARSDEN, G. Content analysis studies of psychotherapy 1954-1968. In: A.E. BERGIN & S.L. GARFIELD (eds.), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 1971, 231-265

MAXWELL, W.E. Modernization and mobility into the elites among medical students in Thailand. Ann Arbor, Mich.: University of Michigan, 1974 (Xerox university microfilms)

MCGRANAHAN, D.V. & WAYNE, J. German and American traits reflected in popular drama. Human Relations 1948, 1, 429-455

MCGUIRE, W.K. Some impending reorientations in a social psychology. Journal of Experimental Social Psychology, 1967, 3, 124-139

MCGURK, H. (ed.) Ecological factors in human development. Amsterdam, New York, Oxford: North Holland Publ. Co., 1977

MEAD, G.H. Sozialpsychologie. Eingeleitet und hrsg. von A. STRAUSS. Neuwied, 1969 (Original: On social psychology: selected papers. Chicago: University of Chicago, 1964)

MECHANIC, D. Response factors in illness: the sutdy of illness behavior. In: E.G. JACO (ed.), Patients, physicians and illness. London: Collier-MacMillan, 1972^{2}, 128-141

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH Public Health Statistics 1967-1971 and 1973-1974, Bangkok 1971, 1974

MITTENECKER, E. Planung und statistische Auswertung von Experimente Wien: Deuticke, 1964^{5}

MITTENECKER, E. & RAAB, E. Informationstheorie für Psychologen, eine Einführung in die Methoden und Anwendungen. Göttingen: Hogrefe, 1973

MIROW, H.M. Kybernetik. Wiesbaden: Gabler, 1969

MOERK, G. An objective statistical description of style. Linguistics, 1973, 1o8, 5o-58

MORRIS, C.W. Signs, language and behavior. New York: Prentice Hall, 1946

MUCCIELLI, R. Kommunikation und Kommunikationsnetze. I: Theoretische Einführung. II: Prakt. Übungen. Salzburg: Otto Müller, 1974

MÜLLER, E.F. & THOMAS, A. Einführung in die Sozialpsychologie. Göttingen: Hogrefe, 1974

NEWCOMB, Th.M. Sozialpsychologie. Meisenheim: Anton Hain, 1965

NIE, N., BENT, D.H. & HULL, H.C. SPSS - Statistical package for t social sciences. New York, San Francisco, Düsseldorf, London: McGraw-Hill, 197o, 1975

OSGOOD, C.E. Interpersonal verbs and interpersonal behavior. In: J.L. COWAN (ed.), Studies in Thought and Language. Tuscon, Arizona: University of Arizona Press, 197o, 132-2

PARKER, G.V.C. Some concomitants of therapist dominance in the psychotherapy interview. Journal of Consulting Psychology 1967, 31, 3, 313-318

PARSONS, T. The social system. Glencoe: The Free Press, 1951

PARSONS, T. Struktur und Funktion der modernen Medizin. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft, 1961, 3, 1o-57

PARSONS, T. Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: A. MITSCHERLICH, T. BROCHER, O.V. MERING & K. HORN (Hrsg.), Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln, Berlin: Kiepenheuer & Witsch, 1967, 57-87

PHILLIPS, Heribert P. The patterning of interpersonal behavior in the village of Bang Chan. Berkeley and Los Angeles: Univ. of Calif. Press, 1965.

PIERLOOT, R. & DEBLEEKER, M. Relationship patterns and their expression in the doctor-patient relation in asthmatics. Brit. Journal of Medical Psychology, 1972, 45, 345-355

PIONTKOWSKI, U. Psychologie der Interaktion. München: Juventa Verlag, 1976

PLAJA, A.O., COHEN, L.M. & SAMORA, J. Communication between physicians and patients in outpatient clinics. Social and cultural factors. Milbank Memorial Fund Quarterly, 1968, 46, 2, I, 161-213

PROSHANSKY, H.M. ITTELSON, W.H. & RIVLIN, L.G. Man and his physical setting. New York: Holt, Rinehart & Winston 197o

REIMANN, H. Kommunikationssysteme. Umrisse einer Soziologie der Vermittlungs- und Mitteilungsprozesse. Tübingen: J.C.B. Mohr, 1968

RILEY, J.N. & SERMSRI, S. The variegated Thai medical system as a context for birth control services. Bangkok: Mahidol University, Inst. for Population and Social Research, Working Paper No. 6, 1974

ROBINSON, D. The process of becoming ill. London: Routledge & Kegan Paul, 1971

ROHDE, J.J. Veranstaltete Depressivität - Über strukturelle Effekte von Hospitalisierung auf die psychische Situation des Patienten. Internist, 1974, 15, 277-282

RUESCH, J. & BATESON, G. The social matrix of psychiatry. New York: McLeod, 1961

RUPRECHT, H. Sprache als Medikament. In: H.K. ROSE & H. BUGGLE (Hrsg.), Interaktion. Krankheit und Heilung als zwischenmenschliches Geschehen. Grenzach: Editiones 'Roche', 1972, 51-6o

SAIBER, B. Communication between doctors and patients in Thailand. Part IV: A review of general literature. Saarbrücken: SSIP, 1977

SANDELL, R. Linguistic style and persuasion. London, New York, San Francisco: Academic Press, 1977

SARBIN, T, TAFT, R. & BAILEY, D.E. Clinical inference and cognitive theory. New York: Holt, Rinehart & Winston, 196o

SCHAFER, R.B. Exchange theory and symbolic interaction: an analysis of interactionist perspectives. Pittsburgh: Pennsylvania State University, Dissertation, 1971

SCHEFLEN, A.E. On the structuring of human communication. American Behavioral Scientist, 1967, 1o, 8, 8-12

SCHEFLEN, A.E. Models and epistemologies in the study of interaction. In: A. KENDON, R.M. HARRIS & M.R. KEY (eds.), Organization of Behavior in face-to-face interaction. The Hague, Paris: Mouton,1975, 63-91

SCHERER, K.R. Kommunikation. In: T. HERRMANN et al. (Hrsg.), Handbuch psychologischer Grundbegriffe. München: Kösel, 1977, 228-239

SCHÖNMEIER, H.W. Berufliche Orientierung somalischer Jugendlicher - Die Wahrnehmung der beruflichen Umwelt. Saarbrücken: SSIP 1976

SCHMIDT, S.J. Texttheorie. Probleme einer Linguistik der sprachlichen Kommunikation. München: W. Fink, 1973

SCHNEIDER, J. Communication between doctors and patients in Thailand. Part V: The doctor's image as rated by himself and others. Saarbrücken: Sozialpsychologische Forschungsstelle an der Universität des Saarlandes, 1975. (deutsch: Arztbild im Selbst- und Fremdurteil. Saarbrücken: Sozialpsychologische Forschungsstelle, 1974)

SCHRAML, W.J. Psychologie im Krankenhaus. Ein Leitfaden für Schwestern, Pfleger und verwandte Berufe. Bern: Hans Huber, 197o

SCHULLER, A. Patientenkarriere und Krankheitsbegriff. Mensch-Medizin - Gesellschaft, 1976, 1, 46-52

SECORD, P.F. & BACKMAN, C.W. Social Psychology. New York: McGraw Hill, 1964

SERPELL, R. Culture's influence on behavior. London: Methuen, 1976

SHANNON, C.E. & WEAVER, W. The mathematical theory of communication Urbana, Ill.: Univ. of Illinois Press, 1949

SHUVAL, J.T. Socialization of health professionals in Israel: Early sources of congruence and differentiation. Journal of Medical Education 1975, 5o, 5, 443-457

SIEGEL, S. Nonparametric statistics for the behavioral sciences. New York, Toronto, London: McGraw Hill, 1956.

SIEGMAN, A.W. & POPE, B. Effects of question specifity and anxiety producing messages on verbal fluency in the initial interview. Journal of Personality and Social Psychology, 1965, 2, 522-53o

SIEGMAN, A.W. & POPE, B. Studies in dyadic communications. New York: Pergamon Press, 1972

SINGELMANN, P. Exchange as symbolic interaction: convergences between two theoretical perspectives. Amer. Sociol. Rev., 37, 1972, 414-424

SLATER, P.E. Role differentiation in small groups. Amer. Sociol. Rev. 1955, 2o, 2oo-31o

SMYTHE, D.W. & HORTON, D. Analysis of television programs in New York City. Newsletter of the Nat. Assoc. of Ecudational Broadcasters, 1951

SPÄTH, H. (Hrsg.) Fallstudien Cluster Analyse. München, Wien: Oldenbourg Verlag 1977

SRIPRAPHAI, Ph. Patient recall of doctor's examination and instruction. Saarbrücken: Sozialpsychologische Forschungsstelle für Entwicklungsplanung, 1979

STARKWEATHER, J.A. Measurement methods for vocal information. In: G. GERBNER et al. (eds.), The analysis of communication content. New York: John Wiley & Sons, 1969, 313-318

STRUPP, H.H. & WALLACH, M.S. A further study of psychiatrists' responses in quasi-therapy situations. Behavioral Science, 1965, 1o, 113-134

SUCHMAN, E.A. Social patterns of illness and medical care. Journal of Health and Human Behavior, 1965, 6, 2-16

SZASZ, T.S. & HOLLENDER, M.H. The basic models of the doctor-patient-relationship. In: AMA Archives of Internal Medicine, 1956, 585 - 592.

TAGIURI, R. Person perception. In: G. LINDZEY & E. ARONSON (eds.) Handbook of Social Psychology, 2nd ed., Cambridge, Mass.: Addison Wesley, 1968, 395-449

TAJFEL, H. Experiments in a vacuum. In: J. ISRAEL & H. TAJFEL (eds.), The context of social psychology. A critical assessment. London, New York:Academic Press, 1972, 69-119

TALLAND, G.A. Task and interaction process: Some characteristics of therapeutic group discussion. J. Abnorm. Soc. Psychol., 1955, 5o, 1o5-1o9

TAUSCH, R. & TAUSCH, A., Erziehungspsychologie. Göttingen: Hogrefe, 1963, 1970

THAYER, L. Communication and Organization Theory. In: F.E.X. DANCE (ed.), Human communication theory, New York: Holt, Rinehart & Winston, 1967

THIBAUT, J.W. & KELLEY, H.H. The social psychology of groups. New York: John Wiley & Sons, 1959

TUMIN, M.M. (ed.) Readings on social stratification. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 197o

VANCE, S. Industrial administration. New York, Toronto, London: McGraw Hill, 1959

VELDMAN, D.J. Fortran programming for the behavioral sciences. New York, London: Holt, Rinehart & Winston, 1967

VOGEL, F. Probleme und Verfahren der numerischen Klassifikation. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1975

VOLKHOLZ, V. Krankenschwestern, Krankenhaus, Gesundheitssystem. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1973.

WACHARAKUL, W. Particle and pronominal usage in Thai doctor-patient interaction. Saarbrücken: Sozialpsychologische Forschungsstelle für Entwicklungsplanung (unveröff. Arbeitsbericht), 1979

WAITZKIN, H. & STOECKLE, J.D. The communication of information about illness. Clinical, sociological and methodological considerations. Adv. Psychosom. med., 1972, 8, 180-215

WALTER, H. Sozialisationsforschung, Bd. III, "Sozialökologie - neue Wege in der Sozialisationsforschung". Problemata. Stuttgart, Bad Cannstadt: Frommann & Holzboog, 1975

WARR, P.B. & KNAPPER, C. The perception of people and events. New York: John Wiley & Sons, 1968

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H. & JACKSON, D.D. Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber (1969) 1974[4] (Original: Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes. New York: Norton, 1967)

WEBER, E. Grundriß der biologischen Statistik. Stuttgart: G. Fischer Verlag, 1972[7]

WEITZEL, I. Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Unveröffentlichte Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Universität des Saarlandes, 1977

WERSIG, G. Inhaltsanalyse. Einführung in ihre Systematik und Literatur. Berlin: Verlag Volker Spiess, 1968

WHITING, B. (ed.) Six Cultures: Studies of child rearing. New York: John Wiley & Sons, 1963

WIENER, N. Cybernetics. New York, 1948; Düsseldorf: Econ Verlag, 1963

WILDGRUBE, K. Die Arzt-Patient-Beziehungen. In: H.D. BASLER u. a. (Hrsg.), Medizinische Psychologie. II. Sozialwissenschaftliche Aspekte der Medizin. Stuttgart, Berlin: Kohlhammer, 1978

WILSON, R.N. Patient-practitioner relationships. In: H.E. FREEMAN, S. LEVINE & L.G. REEDER (eds.), Handbook of medical sociology. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1963, 273 - 295

WITTE, E. Phasen-Theorem und Organisation komplexer Entscheidungsverläufe. Zeitschrift für berufliche Forschung, 1968, 20, 10, 625 - 647

WITTE, E. Das Informations-Verhalten in Entscheidungsprozessen. In: E. WITTE (Hrsg.), Das Informationsverhalten in Entscheidungsprozessen. Reihe Empirische Theorie der Unternehmung, Bd. 1. Tübingen: J.C.B. Mohr, 1972, Teil A, 1 - 88

WITTMANN, W. Unternehmung und unvollkommene Information. Köln und Opladen: Westdeutscher Verlag, 1959

ZOLA, I.K. Problems of communication, diagnosis, and patient care: The interplay of patient, physician and clinic organization. Journal of Medical Education, 1963, 38, 829 - 838

ZOLA, I.K. Pathways to the doctor: From person to patient. Social Science and Medicine, 1973, 7, 9, 677 - 689

ZBOROWSKI, M. Culture components in response to pain. Journal of social Issues, 1952, 8, 16 - 30

WITTE, E. Das Informations-Verhalten in Entscheidungsprozessen. In: E. WITTE (Hrsg.), Das Informationsverhalten in Entscheidungsprozessen. Reihe:Empirische Theorie der Unternehmung, Bd. 1. Tübingen: J.C.B. Mohr, 1972, Teil A, 1 - 88

WITTMANN, W. Unternehmung und unvollkommene Information. Köln und Opladen: Westdeutscher Verlag, 1959

ZBOROWSKI, M. Culture components in response to pain. Journal of social Issues, 1952, 8, 16 - 30

ZOLA, I.K. Problems of communication, diagnosis, and patient care: The interplay of patient, physician and clinic organization. Journal of Medical Education, 1963, 38, 829 - 838

ZOLA, I.K. Pathways to the doctor: From person to patient. Social Science and Medicine, 1973, 7, 9, 677 - 689

ZOLA, I.K. Medicine as an institution of social control. In: C. COX & A. MEAD (Eds.), A sociology of medical practice. London: Collier-Macmillan, 1975, 170 - 185

ANHANG

I N H A L T

Seite

ANHANGSTEIL zu 2.3 1
Reihenfolge-Vergleiche 1

ANHANGSTEIL zu 3.2 9
Tabellen zur Beschreibung der Stichprobe

ANHANGSTEIL zu 3.3 22
Kodierungsschlüssel der Inhaltsanalyse 22
Erklärung der Modalitäten 29
Ergebnisse zu den Modalitäten im Arzt-Patient-Gespräch 32
Anreden und Partikel im Arzt-Patient-Gespräch 42

ANHANGSTEIL zu 3.4 44
Tabellen zur Inhaltsanalyse mit den Stichproben Erst- und Folgepatienten 44

ANHANGSTEIL zu 3.5
Tabellen zur Strukturanalyse 62

ANHANGSTEIL zu 3.6
Konsultationstext und Darstellung eines Konsultationsgesprächs (111/05) als Reihenfolge 93

Konsultationstext und Darstellung eines Konsultationsgesprächs (111/15) als Reihenfolge 99

Tabellen zur Sequenzanalyse 112

ANHANGSTEIL zu 3.7
Tabellen zur Clusteranalyse 117
Konsultationstexte zur Clustergruppe 1 (712/11, 713/23; 921/39) 131
Konsultationstexte zur Clustergruppe 2 (431/02; 031/04) 139
Konsultationstexte zur Clustergruppe 3 (171/06; 312/03) 146
Konsultationstexte zur Clustergruppe 4 (351/01; 841/02) 153
Konsultationstexte zur Clustergruppe 5 (141/20; 141/08; 281/03) 166
Konsultationstext : Arzt-Mönch 184

VERZEICHNIS DER TABELLEN IM ANHANG

No.		Seite
A1	Geschlechts- und Altersverteilung der Ärzte mit Konsultationsaufzeichnungen	9
A2	Verteilung der Patienten nach Beruf und Krankenhaus	10
A3	Geschlechts- und Altersverteilung der Patienten nach Ärzten	11
A4	Verteilung der Patienten nach Geschlecht	12
A5	Familienstand der Patienten	12
A6	Verteilung der Patienten nach Besuch bei männlichen und weiblichen Ärzten	13
A7	Verteilung der Patienten auf Ärzte bestimmter Altersgruppen	13
A8	Häufigkeit der Krankenhausbesuche während der letzten 12 Monate	14
A9	Häufigkeit der Arztbesuche während der letzten 12 Monate	15
A10	Entfernung zwischen Wohnort und Krankenhaus bei einem ausgewählten Sample (N = 281)	16
A11	Fahrpreis zwischen Wohnung und Krankenhaus	16
A12	Verteilung des Samples nach Region, Krankenhaus und Geschlecht der Patienten	17
A13	Verteilung der Patienten nach Region und Krankenhaus	18
A14	Alter, Geschlecht und Besuchshäufigkeit der Patienten mit Berufsgruppen	19
A15	Verteilung der Patienten ohne Berufsangaben	19
A16	Verteilung der Patienten nach Alter, Geschlecht, Häufigkeit der Krankenhausbesuche und Beruf	20

A17	Übersicht über die Verwendung der Modes bei 2360 Patienten in 82 Sprechstunden von 60 Ärzten	33
A18	Arztreaktion auf Patientenvorschlag	35
A19	Patientenreaktion auf Arztvorschlag	35
A20	Die Aufeinanderfolge von Verhaltensweisen: Anordnung des Arztes	36
A21	Arztreaktionen auf Vorschläge von Patienten unterschiedlichen Alters (Werte in %)	36
A22	Arztreaktionen auf Vorschläge von Patienten mit unterschiedlichen Berufen (Werte in %)	38
A23	Arztreaktionen auf Vorschläge von männlichen und weiblichen Patienten (Werte in %)	38
A24	Arztreaktionen auf Vorschläge von Patienten in Konsultationsgesprächen unterschiedlicher Dauer (Werte in %)	39
A25	Arztreaktionen auf Vorschläge von Patienten mit unterschiedlicher Symptomatik (Werte in %)	39
A26	Häufigkeitsverteilung von Ärzten, die ihren Patienten etwas anbieten oder vorschlagen	40
A27	Verteilung der Erst- und Folgepatienten nach Berufen	44
A28	Verteilung der Erst- und Folgepatienten nach Krankenhaus	45
A29	Verteilung der Erst- und Folgepatienten nach Geschlecht	46
A30	Verteilung der Patienten nach Alter, Beruf, Geschlecht und Kenntnis des Krankenhauses (N = 1602,bei einer Interaktionsdauer - 31 Sek., und einem Patientenalter - 16 Jahre)	47
A31	Gruppenumfänge, Mittelwerte und Streuungen von formalen Variablen bei der Berufsstichprobe der Patienten	48
A32	Erstpatienten: Verteilung nach Alter und Krankenhaus	49
A33	Folgepatienten: Verteilung nach Alter und Krankenhaus	50
A34	Erstpatienten: Verteilung nach Geschlecht und Krankenhaus	51
A35	Folgepatienten: Verteilung nach Geschlecht und Krankenhaus	52

A36	Erstpatienten: Verteilung nach Beruf und Krankenhaus	53
A37	Folgepatienten: Verteilung nach Beruf und Krankenhaus	54
A38	Erstpatienten: Verteilung nach Alter des Arztes und Krankenhaus	55
A39	Folgepatienten: Verteilung nach Alter des Arztes und Krankenhaus	56
A40	Erstpatienten: Verteilung nach Geschlecht des Arztes und Krankenhaus	57
A41	Folgepatienten: Verteilung nach Geschlecht des Arztes und Krankenhaus	58
A42	Ergebnisse einer zweifaktoriellen Varianz-analyse. Faktoren: Berufe, Symptome	59
A43	Verteilung von Erst- und Folgepatienten nach Beruf, Geschlecht und Symptomen	60
A44	Mittelwerte der Inhaltskategorien der Phasen 1,2,3 (N= 2360 Konsultationsgespräche)	62
A45	Faktorenladungen der unrotierten Hauptkomponenten-Lösung von Inhaltskategorien der Phase 1 (N = 2360 Konsultationsgespräche)	63
A46	Faktorenladungen der unrotierten Hauptkomponenten-Lösung von Inhaltskategorien der Phase 2 (N = 2360 Konsultationsgespräche)	64
A47	Faktorenladungen der unrotierten Hauptkomponenten-Lösung von Inhaltskategorien der Phase 3 (N = 2360 Konsultationsgespräche)	65
A48	Stichprobenvergleich für Äußerungshäufigkeiten von Ärzten in Gesprächsphasen bei Erst- und Folge-patienten	66
A49	Stichprobenvergleich für Äußerungshäufigkeiten von Ärzten in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Erstpatienten	67
A50	Stichprobenvergleich für Äußerungshäufigkeiten von Ärzten in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Folgepatienten	68

A51 Stichprobenvergleich für Äußerungshäufigkeiten von Ärzten in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Patienten 69

A52 Stichprobenvergleich für Textlängen der Ärzte in Gesprächsphasen bei Erst- und Folgepatienten 70

A53 Stichprobenvergleich für Textlängen der Ärzte in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Erstpatienten 71

A54 Stichprobenvergleich für Textlängen der Ärzte in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Folgepatienten 72

A55 Stichprobenvergleich für Textlängen der Ärzte in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Patienten 73

A56 Stichprobenvergleich für Textlängen der Ärzte in Gesprächsphasen bei männlichen Erst- und Folgepatienten 74

A57 Stichprobenvergleich für Textlängen der Ärzte in Gesprächsphasen bei weiblichen Erst- und Folgepatienten 75

A58 Stichprobenvergleich für Ausführlichkeit der Ärzte in Gesprächsphasen bei Erst- und Folgepatienten 76

A59 Stichprobenvergleich für Ausführlichkeit der Ärzte in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Erstpatienten 77

A60 Stichprobenvergleich für Ausführlichkeit der Ärzte in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Folgepatienten 78

A61 Stichprobenvergleich für Ausführlichkeit der Ärzte in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Patienten 79

A62 - A68 Einfaktorielle Varianzanalyse mit Erstpatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden. Meßvariablen: Auftretenshäufigkeiten bestimmter Inhaltsbereiche in Gesprächsphasen 80-86

A69- A73 Einfaktorielle Varianzanalyse mit Erstpatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden. Meßvariablen: Textlängen von bestimmten Inhaltsbereichen in Gesprächsphasen 87-91

A74 Meßwertsummen, Mittelwerte und Gruppenumfänge für den 4 x 9 faktoriellen Plan der Variablen Arztalter und Patientensymptomatik; Meßvariable : GABW bei Erstpatienten 112

A75 Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse. Meßvariable: GABW - Sequenzmaß; unabhängige Variablen: Alter der Ärzte und Symptome der Patienten 113

A76 Analyse der Haupteffekte der Faktoren Arztalter und Patientensymptomatik 113

A77 Varianzanalyse von SABW (Summe der absoluten Abweichungsdifferenzen) mit dem Faktor Krankenhaus bei Erstpatienten 114

A78 Varianzanalyse von GABW (Summe der gewichteten Abweichungsdifferenzen) mit dem Faktor Krankenhaus bei Erstpatienten 114

A79 Varianzanalyse von INHM (Menge der Inhaltselemente) mit dem Faktor Krankenhaus bei Erstpatienten 115

A80 Varianzanalyse von FABW (Häufigkeit der Abweichungen) mit dem Faktor Krankenhaus bei Erstpatienten 115

A81 Klassifizierungsergebnis von N=2360 Konsultationsgesprächen nach Clusteranalyse 117

A82 F-Test für Variablen der Diskriminanzanalyse 121

A83 Mittelwerte der Clustergruppen 123

A84 Übersicht über die Verteilung von Signifikanzen nach Prüfung der Mittelwertsdifferenzen mit SCHEFFE'S "Multiple Range Test" bei 5 Clustergruppen 124

A85 Analyse der sozial-verbalen Verhaltensweisen von Ärzten, die den fünf Clustergruppen zugeteilt sind 125

DIAGRAMME IM ANHANG

A1 Verteilung der Clustergruppen im Diskriminanzraum der ersten und zweiten Diskriminanzfunktion 122

A2 Verteilung der Ärzte im Varimax-rotierten Faktorraum (Q-Raum) nach ECKART-YOUNG-Faktorenzerlegung 126

A3 Verteilung der Ärzte im Diskriminanzraum 127

ANHANGSTEIL zu Kapitel 2.3

Reihenfolge-Vergleiche in Fortsetzung zu Kap.2.3.1, S.39

Ein weiteres Distanzmaß entspricht dem von KENDALL. Es beruht auf der Annahme, daß in einer Folge zwei Elemente nur auf zwei verschiedene Weisen einander zugeordnet werden können. Entweder kommt 1 vor 2 oder 2 vor 1. Die Übereinstimmung der Folgen läßt sich dann durch Auszählen der richtigen oder falschen paarweisen Zuordnungen messen.

Das Maß ist

$$t = \frac{\text{Summe der Inversionen}}{\text{maximale Abweichung}} = \frac{s_{in}}{\frac{1}{2}\, n(n-1)}$$

Die beiden Maße p und t sind jeweils in der Lage, nur bestimmte Teilaspekte zu reflektieren, die jedoch häufig in bemerkenswertem Umfang divergieren.

Ein weiteres Distanzmaß bietet sich an, das die Unähnlichkeit zwischen zwei Reihenfolgen durch die Summe der absoluten Abstände der einzelnen Elemente erfaßt:

$$e = \sum (| a - b |)$$

Dieses Maß e verändert sich nicht nur mit jeder Platzverfehlung, sondern spiegelt darüberhinaus auch noch wider, wieweit sich ein Element von dem 'natürlichen' Platz der Vergleichsreihenfolge entfernt hat.

Ein weiteres Maß r soll in diesem Zusammenhang noch erwähnt werden, um den Anschluß zu bereits in der empiisch-statistischen Forschung bekannten und gebräuchlichen Prüfgrößen herzustellen. In Anlehnung an den SPEARMANSCHEN Korrelationskoeffizienten für Rankreihen wurde r gewählt. Der Unterschied zwischen r und e beruht lediglich darin, daß nun statt der absoluten Abstände die jeweiligen Abstandsquadrate aufsummiert werden. Es ist also

$$r = \sum (a_i - b_i)^2$$

Aufgrund der Quadrierung der Abstände entsteht eine überproportionale Gewichtung der weiter auseinanderliegenden Elemente. Das Maß r - als Folge der Dehnung durch diese Quadrierung - kann feiner differenzieren als das Maß e. Zum Vergleich folgendes Beispiel:

Beispiel 3

	a	b	c	d	e
	e	b	c	d	a

Diese in Beispiel 3 gezeigten Reihenfolgen sind in den mittleren Positionen identisch und unterscheiden sich nur in der ersten und letzten Position. Während das e-Maß einen Wert von 8 ergibt, führt das r-Maß, aufgrund der Quadrierung der beiden absoluten Einzelabstände zu einem höhen Distanzwert = 32 .

Dieser Dehnungseffekt wird jedoch bei einer Normierung der Entfernungsmaße wieder ausgeglichen, ja mit wenigen Ausnahmen sogar in das Gegenteil verkehrt. e und r, die die Entfernungsmaße als "Entfernungsbild" reflektieren, nehmen eine Mittlerstellung zwischen dem "Positionsbild" (p) und dem "inneren Strukturbild" (t) ein. WOSSIDLO hat diese Fragestellung in einer Korrelationsanalyse durch statistisch signifikante und praktisch relevante positive Zusammenhänge untermauert. Zusammenfassend kann gesagt werden:

"e summiert die Positionsdifferenzen,
p allein die Positionsverfehlungen.

Gemeinsam ist beiden, daß sie sich auf einen Positionsvergleich zwischen den sich gegenüberstehenden Reihenfolgen beziehen. e und r wird man immer dann wählen, wenn real theoretische Erwägungen dazu führen, nicht nur die Tatsache der Platzverfehlungen, sondern grundsätzlich die Tatsache der Entfernung zwischen den Plätzen der einzelnen Elemente herauszuheben. Insbesondere wird e oder r dann anzuwenden sein, wenn steigende Entfernungen zwischen den Positionen der jeweiligen Elemente eine steigend Abkehr von Ähnlichkeitsvermutung bedeuten."

In Zusammenhang mit den vier Ähnlichkeitsmaßen stand immer der Vergleich zwischen zwei Reihenfolgen a und b, sodaß wir jetzt gezwungen sind, über diesen einfachen Vergleich zweier Sequenzen hinauszugehen zu einer Menge von Reihenfolgen. Es stellt sich deshalb das Problem, ob eine Stichprobe empirischer Reihenfolgen einer real theoretisch abgeleiteten Reihenfolge entspricht oder widerspricht. Der hypothetischen Reihenfolge h werden also die faktischen Sequenzen f gegenübergestellt... Dafür wird die Ähnlichkeit zwischen jeder einzelnen Reihenfolge von S und der Hypothese h ermittelt. Im Anschluß daran werden die Einzeldistanzen zu einer Distanzsumme addiert und durch die Zahl aller Vergleiche dividiert. Somit erhält man die durchschnittliche Distanz zwischen einer Reihenfolgenmenge S und der hypothetischen Sequenz h.

In den meisten Fällen verfügt die empirische Forschung jedoch nicht über genügend Informationen, was die hypothetische Sequenz anbelangt. Die erste Aufgabe stellt sich dann in der explorativen Sammlung von Informationen über die tatsächliche Struktur durch Analyse einer bestimmten Reihenfolgenmenge. In den meisten Fällen werden sich Regelmäßigkeiten finden lassen, aufgrund derer man eine erste Reihenfolgenhypothese aufstellen kann. Hierzu kann als erstes in Paarvergleichen jede Sequenz mit jeder verglichen werden und der Distanzdurchschnitt als Kohärenzmaß eingesetzt werden. Eines dieser Kohärenzmaße ist beispielsweise das von KENDALL, als Konkordanzkoeffizient w bekannt gewordene (SIEGEL, 1956).

Eine weitere Möglichkeit der Signifikanzprüfung hypothetischer Reihenfolgen bieten die Omnibus-Vergleiche. Hierzu sagt LIENERT (1973, S. 121): "Will man die Unterschiede aller Art zwischen zwei unabhängigen Stichproben bzw. den zugehörigen Populationen nachweisen, so ist dies nur mittels verteilungsfreier, nicht aber mittels klassischer Tests, möglich, da die klassischen stets nur auf einen

bestimmten Parameter, manche verteilungsfreien Tests aber auch simultan auf mehrere Parameter ansprechen; d.h. gegen verschiedene Alternativhypothesen (Lokation und/oder Dispersion und/oder Schiefe und/oder Exzess) prüfen."
Die Omnibus-Tests sind Unterschiedstests, die den Vergleich zweier oder mehrerer Stichproben von Daten im Hinblick auf die gesamte Verteilungsform vornehmen. Der Chi-Quadrat-Omnibus-Test von FISCHER & PEARSON wird für die Globalbeurteilung von Einzelfallstatistiken herangezogen, die von der Null-Hypothese in unterschiedlichen Richtungen abweichen. Voraussetzung für den Omnibus-Test ist jedoch die Kenntnis der Überschreitungswahrscheinlichkeiten p einer stetig verteilten Prüfgröße aus k unabhängigen Stichproben. Hierfür müssen die zu kombinierenden p-Werte das gleiche Gewicht haben, d.h. auf den gleichen Stichprobenumfängen basieren. Jeder Wert p_i gibt an, wie wahrscheinlich das Auftreten des betreffenden Distanzwertes und kleinerer Werte ist. Die Einzelwahrscheinlichkeiten werden zu einer aggregierten Prüfgröße zusammengefaßt.

Jeder dieser p-Werte ist in einen Chi-Quadrat-Wert für zwei Freiheitsgrade transformierbar:

$$\chi^2 = -2 \ln P \quad \text{(LIENERT, 1973, S. 509)}$$

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß der χ^2-Omnibus-Test unter folgenden Voraussetzungen steht:

1) In M-Einzeltests oder Sequenzvergleichen wird die gleiche Null-Hypothese geprüft.
2) Die M-Sequenzvergleiche sind wechselseitig unabhängig voneinander.
3) Die den M-Sequenzvergleichen zugrundeliegenden Prüfgröße, also das jeweilige Ähnlichkeitsmaß ist stetig verteilt.
4) Die p_i der M-Sequenzvergleiche haben das gleiche Gewicht (in etwa gleichen Stichprobenumfängen).

Bei empirischen Reihenfolgen mit der gleichen hypothetischen Sequenz verglichen, können die beiden ersten Voraussetzungen als erfüllt angenommen werden. Nach LIENERT (1973) setzt der Chi-Quadrat-Omnibus-Test theoretisch zwar stetig verteilte Prüfgrößen voraus,"doch ist er praktisch auch auf diskret verteilte Prüfgrößen anwendbar." (S. 513), womit auch die dritte Voraussetzung anwendbar ist. Kann man davon ausgehen, daß die empirischen Reihenfolgen die gleichen Sachverhalte der Realität reflektieren, dann kann auch die vierte Voraussetzung, Gleichgewichtigkeit der Einzeltests, als gegeben erachtet werden. Muß hingegen die Existenz verkürzter Reihenfolgen als Hinweis auf real theoretisch ungleiche Sachverhalte interpretiert werden, dann können die mit Hilfe des Omnibus-Tests gewonnenen Signifikanzurteile nur als bedingt aussagefähig akzeptiert werden. Während der Omnibus-Test auf der Verteilung der Wahrscheinlichkeiten der Einzeltests ansetzt, bezieht sich die Prüfung mittels exakter Wahrscheinlichkeiten unmittelbar auf die einzelnen gemessenen Distanzen zwischen jeder empirischen Reihenfolge und der hypothetischen Sequenz h und verarbeitet folglich über die Distanzdurchschnitte und ihre exakte Wahrscheinlichkeitsverteilung alle verfügbaren Primärinformationen. Diese direkte Signifikanzprüfung fragt nach der Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Distanzdurchschnittes, der durch die empirische Stichprobe bestimmt wird. Für die Interpretation der Signifikanzurteile auf der Grundlage des exakten Wahrscheinlichkeitstests gelten folgende Voraussetzungen:

1) Die M-Reihenfolgen sind wechselseitig unabhängig voneinander.
2) Die M-Reihenfolgen gehorchen dem gleichen Verteilungsgesetz. Diese Annahme kann jedoch nicht gemacht werden, wenn es sich um unterschiedlich lange Reihenfolgen handelt. Die Transformation in gleich lange Reihenfolgen führt dazu, daß die einzelnen Elemente nicht mehr unabhängig voneinander variieren können.

Ein weiterer Hinderungsgrund der Anwendung der exakten Wahrscheinlichkeitstests liegt in dem hohen Zeitaufwand, der hierfür erforderlich ist. Zur Berechnung der Verteilung von 32 Sequenzen mit der Länge N = 6 hat WOSSIDLO eine Rechenzeit von 150 sec. an der TR 440 errechnet. Bei einer Reihenfolgenlänge von N = 10 für 233 zu verarbeitende Reihenfolgen seien zur Ermittlung der Wahrscheinlichkeitsfunktion 165 x 233 Koeffizienten zu berechnen. Die Überlegungen bringen den Gedanken auf, die Verwendung von Approximationsmöglichkeiten zu überprüfen. Die Approximationsmöglichkeiten basieren auf dem zentralen Grenzwertsatz, der besagt, daß allgemein eine Summe unabhängiger Zufallsgrößen unter bestimmten Bedingungen asymptotisch normal verteilt ist oder - mit anderen Worten - daß bei entsprechender Normierung die Faltung von n-Verteilungen bei hinreichend großem m der Normalverteilung N (0;1, d.h. standardisierte Normalverteilung mit $\overline{X} = 0$ und $\sigma = 1$) beliebig nahekommt. Es kann deshalb angenommen werden, daß alle Distanzvariablen demselben Verteilungsgesetz gehorchen und sich bei zunehmendem m der Normalverteilung annähern. Die erwähnten Distanzmaße p, t, e, r, nähern sich unterschiedlich schnell der Normalverteilung an .Während bei der Grundverteilung des Positionsmaßes p gravierende Differenzen zwischen den beiden Kurven bis etwa m = 16 existieren, kommt man beim Inversionsmaß t bereits ab m = 8 schon zu sehr guten Ergebnissen.

WOSSIDLO stellt bei den Distanzmaßen e und p eine wesentlich schlechtere Anpassung der exakten Verteilung durch Approximation an die Normalverteilung fest als bei den Maßen e und t. Da die Normalverteilung bei p und e zu einer wesentlich konzilianteren Testaussage komme, schlägt er vor, schärfere Signifikanzanforderungen zu stellen, um zu einer konservativeren Messung zu gelangen. Neben der Sequenzmenge m spielt auch die Reihenfolgelänge n eine Rolle in der Anpassung an die Normalverteilung.

Es liegt, so WOSSIDLO, in der Entscheidung des Forschers, der Reihenfolgeanalysen aufgrund empirischen Materials durchführt, "ab welcher Reihenfolgelänge n und welcher Stichprobengröße m die Normalverteilung als für praktische Zwecke hinreichend gute Näherung der exakten Wahrscheinlichkeiten gewertet wird". (WOSSIDLO, 1976, S. 184).
Der Unterschied der exakten Probabilitäten zu der Approximation durch die Normalverteilung liegt lediglich ggf. in der höheren Sicherheitswahrscheinlichkeit der exakten Probabilitäten.

Tabellenteil zu Kapitel 3.2
zur Beschreibung der Stichproben

Tabelle A1: Geschlechts- und Altersverteilung der Ärzte mit Konsultationsaufzeichnungen

Kranken-haus	Geschl.	Alter 21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-60	Σ	Ø Alter	Σ Total	Ø Alter Ärzte	Land Stadt	Ø Alter
0	m		1	1	1	1			4	36,3	5	35,6		
	f			1					1	33,0				
5	m							1	1	52,0	1	52,0		
	f													
4	m				1	3			4	41,5	7	39,1		
	f			2	1				3	36,0			m = 29	38,8
7	m				2				2	38,0	3	42,0	f = 10	37,1
	f						1		1	50,0			Σ = 39	38,4
9	m			1	2				3	36,0	5	34,6		
	f		1		1				2	32,5				
10	m				1	1	1		3	43,3	4	40,3		
	f			1					1	31,0				
8	m			2	4	1			7	37,6	7	37,6		
	f													
3	m			2	2	1			5	37,0	7	38,4		
	f				1		1		2	42,0				
1	m			3	1			1	5	39,8	7	36,7		
	f		2						2	29,5			m = 15	38,2
2	m	2	1			2			5	31,8	8	35,6	f = 6	36,8
	f				1	1	1		3	42,0			Σ = 21	37,8
6	m			1		2	2		5	43,0	6	41,8		
	f				1				1	36,0				
Σ	m	2	2	10	14	11	3	2	44	38,6	60	38,2		
	f		3	4	5	1	3		16	37,0				
%	m								73,3					
%	f								26,7					
Total Σ		2	5	14	19	12	6	2	60					

Tabelle A 2: Verteilung der Patienten nach Beruf und Krankenhaus

Beruf/ Berufsgruppe	Krankenhaus 1	2	6	3	4	5	0	7	8	9	10	Summe	%
1 Lehrer, Studenten/Schüler	24	18	9	4	16	12	2	26	10	18	3	142	6.02
2 Angehörige relig. Orden	2	1	4	3	22	4	8	66	17	19	8	156	6.61
3 Angestellte, Büroarbeiter	23	5	4	-	10	6	17	26	13	26	8	138	5.85
4 Polizei, Armeeangehörige	2	1	5	6	3	1	2	4	5	18	5	52	2.20
5 Landwirtschaft, Fischerei	17	9	13	34	38	20	53	58	47	93	37	419	17.75
6 Hausfrauen	13	27	18	11	14	4	13	16	11	23	3	153	6.48
7 Verkaufsberufe, Händler	28	9	7	9	16	8	10	23	13	27	9	159	6.74
8 Mechaniker, handw. Berufe	6	5	3	2	-	-	-	5	3	9	3	36	1.53
9 Arbeiter	20	15	34	28	38	1	7	39	10	50	20	262	11.10
10 Arbeitslose, ohne Berufe, Pensionierte	9	6	7	4	27	15	21	64	32	78	34	287	12.16
11 Keine Information, keine Identifikation	50	33	20	78	48	17	15	133	34	102	26	556	23.56
Summe	194	129	124	179	232	88	148	462	185	463	156	2360	100.00
Summe		447					1913					2360	

Prozentuale Verteilung der Berufe nach Standort des Krankenhauses

	Bangkok	%	Provinz	%	%Bangkok	%Provinz	%Summe
1 Lehrer, Studenten/Schüler	51	11.41	91	4.76	35.92	64.08	100%
2 Angehörige relig. Orden	7	1.57	149	7.79	4.49	95.51	100%
3 Angestellte, Büroarbeiter	32	7.16	106	5.54	23.19	76.81	100%
4 Polizei, Armeeangehörige	8	1.79	44	2.30	15.38	84.62	100%
5 Landwirtschaft, Fischerei	39	8.72	380	19.86	9.31	90.69	100%
6 Hausfrauen	58	12.98	95	4.97	37.91	62.09	100%
7 Verkaufsberufe, Händler	44	9.84	115	6.01	27.67	72.33	100%
8 Mechaniker, handw. Berufe	14	3.13	22	1.15	38.84	61.11	100%
9 Arbeiter	69	15.44	193	10.09	26.34	73.66	100%
10 Arbeitslose, ohne Berufe, Pensionierte	22	4.92	265	13.85	7.67	92.33	100%
11 keine Information, keine Identifikation	103	23.04	453	23.68	18.53	81.47	100%
Summe	447	100.00%	1913	100.00%	18.94	81.06	100%

Tabelle A3: Geschlechts- und Altersverteilung der Patienten nach Ärzten

Geschlecht d.Ärzte / Alter	männlich								weiblich							N Pat.	Summe	%
Alter	<25	25-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	25-30	31-35	36-40	41-45	46-50					
≤ 10	1	1	17	53	17	4	11	-	16	6	7	1	12			146	251	10.6
11-20	1	5	15	55	38	4	10	3	7	5	11	4	8			167	321	13.6
21-30	3	2	29	80	56	13	6	2	27	3	19	2	9			251	513	21.7
31-40	3	1	20	53	32	5	3	3	11	8	11	1	10			161	351	14.9
41-50	1	4	14	57	28	6	8	2	10	4	16	2	8			160	322	13.6
51-60	3	-	11	41	23	6	2	2	3	10	9	2	7			119	233	9.9
61-90	1	2	10	57	29	7	6	3	7	5	9	-	18			154	256	10.8
e Alters-rmation	-	-	5	24	12	1	-	1	1	2	4	-	2			51	81 +32	4.8
chensumme	13	15	121	420	235	46	46	16	82	43	86	12	74	1209	1209	2360	100.0
								912					297					
< 10	-	-	13	31	17	1	7	1	10	3	13	2	7			105		
11-20	-	1	17	49	33	3	2	2	25	2	13	2	5			154		
21-30	4	2	42	69	46	12	11	5	25	7	26	3	10			262		
31-40	4	7	23	65	29	3	7	4	16	9	13	3	7			190		
41-50	5	4	14	57	22	8	5	3	14	9	13	1	7			162		
51-60	3	2	15	40	15	7	3	2	8	3	5	1	10			114		
61-90	2	3	13	29	20	4	7	1	4	3	6	3	7			102		
e Alters-rmation	2	-	3	12	6	-	-	-	1	1	1	2	2			30		
chensumme	20	19	140	352	188	38	42	18	103	37	90	17	55	1119	1119			
								817					302	2328				
e Informa-zum hlecht			2	10	3				2		2		13			32		

Tabelle A5:

Familienstand der Patienten

	N Patienten	N% Patienten	adj. %
ledig	734	31,1	(39,4)
verheiratet	935	39,7	(50,3)
getrennt	3	0,1	(0,2)
geschieden	7	0,3	(0,4)
verwitwet	53	2,2	(2,8)
Mönch	129	5,5	(6,9)
keine Information verfügbar	499	21,1	—
Σ	2360	100,0	(100,0)

Tabelle A 4:

Verteilung der Patienten nach Geschlecht

	N Patienten	N% Patienten	adj. %
männlich	1209	51,2	(52,0)
weiblich	1119	47,4	(48,0)
keine Information verfügbar	32	1,4	—
Σ	2360	100,0	(100,0)

Tabelle A6:

Verteilung der Patienten nach Besuch bei männl. und weibl. Ärzten

	N der Ärzte	N% der Ärzte	N Patienten	N% Patienten
Konsultation männnl. Ärzte	44	73,3	1744	73,9
Konsultation weibl. Ärzte	16	26,7	616	26,1
Σ	60	100,0	2360	100,0

Tabelle A7:

Verteilung der Patienten auf Ärzte bestimmter Altersgruppen

	N der Ärzte	N% der Ärzte	N Patienten	N% Patienten
25 Jahre u. jünger	2	3,3	33	1,4
26 bis 30 Jahre	5	8,3	219	9,3
31 bis 35 Jahre	14	23,3	343	14,5
36 bis 40 Jahre	19	31,7	962	40,7
41 bis 45 Jahre	12	20,0	455	19,3
46 bis 50 Jahre	6	10,0	227	9,6
51 bis 55 Jahre	1	1,7	88	3,7
56 bis 60 Jahre	1	1,7	33	1,4
Σ	60	100,0	2360	100,0

Tabelle A8: Häufigkeit der Krankenhausbesuche während der letzten 12 Monate

Kranken-haus	erster Besuch	2-3 Besuche	4 u. mehr Besuche bzw. Stationäre Behandlungen	keine Angaben	Σ
0	119	18	-	11	148
1	89	50	4	51	194
2	92	20	-	17	129
3	103	11	1	64	179
4	163	29	-	40	232
5	54	9	-	25	88
6	47	53	3	21	124
7	122	105	144	91	462
8	59	49	52	25	185
9	215	136	71	41	463
10	61	34	44	17	156
Σ	1124	514	319	403	2360
%	47,6	21,8	13,5	17,1	100
adj. %	(57,4)	(26,3)	(16,3)	-	(100,0)

elle A9:

anntheit des behandelnden Arztes, Häufigkeit der vorangegangenen tkontakte während der letzten 12 Monate

	N Patienten	N% Patienten	adj. %
rster Besuch	1373	58,2	(89,5)
weiter oder dritter Besuch	135	5,7	(8,8)
erter oder fünfter Besuch	15	0,6	(1,0)
chster bis neunter Besuch	5	0,2	(0,3)
hr als 10 Besuche	1	0,0	(0,1)
rde in dieser Zeit auf eine Station eingewiesen	3	0,1	(0,2)
r länger als 10 Tage in stationärer Behandlung	2	0,1	(0,1)
ine Information verfügbar	826	35,0	
Σ	2360	100,0	100,0

Tabelle A10: Entfernung zwischen Wohnort und Krankenhaus bei einem ausgewählten Sample (N = 281)

Entfernung in km	Anzahl der Patienten	N %
- 5	100	35.6
6 - 10	33	11.7
11 - 15	43	15.3
16 - 20	17	6.0
21 - 30	33	11.7
31 - 60	25	8.9
61 - 150	14	5.0
151 -1000	16	5.7
keine Info.	1	0.3
Summe	281	100.0
	$\bar{X}$ = 43.18 km	
	s = 115.99 km	

Tabelle A11: Fahrpreis zwischen Wohnung und Krankenhaus

Fahrpreis in Baht	Anzahl der Patienten	N %	
1	60	21.4	26.5
2 - 3	61	21.7	27.0
4 - 6	55	19.6	24.3
7 - 9	20	7.1	8.8
10 -14	12	4.3	5.3
15 -20	10	3.6	4.4
21 +	8	2.8	3.5
	226	80.4	100.0
entfällt	34	12.1	
keine Information	21	7.5	
Summe	281	100.0	
	$\bar{X}$ = 5.97 ฿		

Tab . A12: Verteilung des Samples nach Region [1], Krankenhaus und Geschlecht der Patienten

	BANGKOK			ZENTRALTHAILAND								SUMME
Krankenhaus	1	2	6	0	3	4	5	7	8	9	10	11
N Ärzte	7	8	6	5	7	7	1	3	7	5	4	60
Patienten												
- weibl.	111	73	58	77	97	98	42	182	88	237	56	1119
- männl.	83	56	66	71	81	131	46	264	91	224	96	1209
keine Info	-	-	-	-	1	3	-	16	6	2	4	32
alle Ptn.	194	129	124	148	179	232	88	462	185	463	156	2360

Tabelle A13:

Verteilung der Patienten nach Region und Krankenhaus

Region	Krankenhaus	N Patienten	Zwischensumme	N% Patienten	Zwischensumme %
Bangkok	1	194		8.2	
	2	129		5.5	
	6	124		5.3	
			447		19
Zentralthailand	[illegible]	148		6.3	
	3	179		7.6	
	4	232		9.8	
	5	88		3.7	
	7	462		19.6	
	[illegible]	185		7.8	
	9	463		19.6	
	10	156		6.6	
			1913		81
Summe			2360		100

Tabelle A 14: Alter, Geschlecht und Besuchshäufigkeit der Patienten mit Berufsangaben

Alters-gruppen	Besuche männl. Patienten		Besuche weibl. Patienten		Summe männl.	Summe weibl.	Summe Total
	Erst	Folge	Erst	Folge			
16-20 Jahre	45	40	57	29	85	86	171
21-30 "	107	73	128	65	180	193	373
31-40 "	65	46	96	61	111	157	268
41-50 "	60	65	71	48	125	119	244
51-60 "	42	51	51	41	93	92	185
61 und älter	43	72	40	31	115	71	186
Total	362	347	443	275	709	718	1427
Patienten ohne Berufsangaben (Summe)				175			1602

Tabelle A 15: Verteilung der Patienten ohne Berufsangaben

Alters-gruppen	Besuch	männl.	weibl.	männl.	weibl.	total	TOTAL (s. Tab. A14)
16-20	erst	6	10	11	13	24	+171 = 195
	folge	5	3				
21-30	erst	17	14	22	22	44	+373 = 417
	folge	5	8				
31-40	erst	8	11	14	16	30	+268 = 298
	folge	6	5				
41-50	erst	5	12	8	22	30	+244 = 274
	folge	3	10				
51-60	erst	3	4	7	11	18	+185 = 203
	folge	4	7				
61 u. älter	erst	9	4	17	11	28	+186 = 214
	folge	8	7				
Summe	erst	48	55				
Summe	folge	31	40				
Summe Total		79	95	79	95	174	+1427=1601

missing case = 1

Tabelle A 16:

Verteilung der Patienten nach Alter, Geschlecht, Häufigkeit der Krankenhausbesuche und Beruf

a) Berufe

Geschlecht der Pat.		männlich										weiblich										Geschlecht		
Alter	Besuchshäufigkeit \ Beruf	ohne Beschäftig.	Agrarberufe	Lehrer, Studenten	Mönche	Armee, Polizei	Büroangestellte	Angestellte	Verkäufer	Arbeiter	Handwerk. Berufe	ohne Beschäftig.	Agrarberufe	Hausfrauen	Lehrer, Studenten	Mönche	Armee, Polizei	Büroangestellte	Angestellte	Verkäufer	Arbeiter	Handwerk. Berufe	männlich	weiblich	Summe
16-20	erst	3	7	11	3	2	1	-	1	17	-	2	15	6	16	-	-	1	1	7	8	1	45	57	102
	folge	1	13	7	4	-	1	1	3	9	1	3	9	4	8	-	-	-	-	3	2	-	40	29	69
21-30	erst	5	20	8	6	15	7	4	9	30	3	5	37	23	7	1	-	4	12	10	26	3	107	128	235
	folge	2	11	4	13	9	10	2	5	15	2	2	12	17	4	-	-	14	3	2	11	-	73	65	138
31-40	erst	1	19	1	5	1	8	6	5	15	4	1	34	20	-	-	1	2	5	21	10	2	65	96	161
	folge	-	9	1	5	4	5	3	3	13	3	2	22	13	2	1	1	1	-	7	11	1	46	61	107
41-50	erst	-	12	3	7	4	6	6	10	11	1	1	26	18	2	-	-	1	3	11	8	1	60	71	131
	folge	-	16	3	14	2	3	2	4	19	2	4	15	10	-	-	-	8	1	5	3	2	65	48	113
51-60	erst	3	15	-	6	2	-	2	6	6	2	1	22	10	2	4	-	-	-	7	3	2	42	51	93
	folge	3	13	1	21	4	1	1	3	4	-	2	11	9	-	2	-	1	1	10	5	-	51	41	92
61 +	erst	6	24	-	7	-	-	1	3	2	-	5	15	10	-	1	-	-	-	3	5	1	43	40	83
	folge	13	18	-	28	1	1	2	4	5	-	4	5	10	-	5	-	-	-	6	1	-	72	31	103
1 Σ	erst	18	97	23	34	24	22	19	34	81	10	15	149	87	27	6	1	8	21	59	60	10	362	443	805
2 Σ	folge	19	80	16	85	20	21	11	22	65	8	17	74	63	14	8	1	24	5	33	33	3	347	275	622
3 Σ	erst+folge	37	177	39	119	44	43	30	56	146	18	32	223	150	41	14	2	32	26	92	93	13	709	714	1427
4	Summe der männlichen und weiblichen Patienten											69	400	150	80	133	46	75	56	148	239	31			1427

ANHANGSTEIL zu Kapitel 3.3

Kodierungsschlüssel der Inhaltsanalyse

DIAGNOSTISCHES INTERVIEW

01 Allgemeine Fragen/Information über das Wohlbefinden
02 Art des Symptoms
03 Lokalisation des Symptoms
04 Intensität des Symptoms/Schmerzen
05 Dauer und Häufigkeit des Schmerzes und Unwohlseins (für wie lange, wie oft)
06 Krankheitsgeschichte (erstes Auftreten der Krankheit, Verlauf, Entwicklung)
07 Andere aktuelle Krankheiten und Symptome
08 Frühere Krankheiten

DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNG

09 Anweisung zur Vorbereitung einer physikalischen Untersuchung, eines Tests etc. (Anweisung, sich hinzulegen, auszuziehen usw.)
10 Notwendigkeit einer Laboruntersuchung
11 Bestätigung einer Laboruntersuchung
12 Physikalische Untersuchung, allgemein
13 Blutdruckmessung
14 Röntgenuntersuchung
15 Wunsch nach einer Untersuchung

DIAGNOSE

21 Diagnose, medizinische Information über das Symptom oder die Krankheit
22 Bestätigung der Diagnose
23 Erklärung der Diagnose
24 Nennung der Symptome oder der Krankheit (nicht notwendigerweise eine Diagnose)
25 Erklärung der Untersuchungsergebnisse

KRANKHEITSURSACHE

26 Erklärung und Nennung der Krankheitsursachen
27 Infektion
28 Unfall
29 Kampf
30 Andere Ursachen und allgemeine Ursachen

SOZIALE & PERSOENLICHE PROBLEME, DIE DIE KRANKHEIT BEDINGEN

31 Arbeitssituation
32 Lebensbedingungen
33 Soziale Situation und Beziehungen
34 Alhohol, Drogen, Medikamentenmissbrauch, Zigaretten
36 Angst, Furcht
37 Aussagen über Aengste und Befürchtungen (nicht krankheitsverursachender Art)

BEHANDLUNG

40 Medizinische Information über die Behandlung
41 Allgemeine Behandlung und Anweisungen (andere Behandlungsmethoden als in 49-54 aufgeführt)
42 Anweisungen zur Behandlung, zum Vorgehen, zur therapeut-Abfolge
43 Bestätigung der Behandlung und der Behandlungsanweisungen
44 Verschreibung, Anweisungen zur Medikation
45 Bestätigung der Verschreibung und der Anweisungen zur Medikation
46 Erklärungen - Behandlungsmassnahmen, -abfolge, Therapie, Empfehlungen
47 Erklärung der möglichen Behandlungsergebnisse
48 Anweisungen zur Durchführung und zum Verhalten

NENNUNG DER BEHANDLUNGSMASSNAHMEN

49 Injektion

50 Medizinische Eingriffe , wie Oeffnen von Abzessen, Entfernen von einfachen Zysten, Bandagieren v. Verstauchungen, Nähen von Schnitten, Operationen, Nähen von Wunden, Verbinden von Wunden

51 Infusion isotonischer Kochsalzlösung

52 Einweisung zur stationären Behandlung

53 Terminvereinbarung

54 Vorschlag eines neuen Termins ohne Zeitangabe z.B. wenn die Arznei verbraucht ist

55 Medikamentenwünsche der Patienten, besonders der Langzeit-Patienten, auch Angabe der Menge

59 Frühere Behandlung, allgemein

60 Ergebnis früherer Behandlung

61 Art der früheren Behandlung

62 Ausmass der früheren Behandlung

63 Dauer der früheren Behandlung

64 Zeitpunkt der früheren Behandlung

65 Ort, Einrichtung oder Person, wo die frühere Behandlung durchgeführt wurde

PROGNOSE

66 Dauer der Krankheit bis zur "vollständigen" Heilung, Dauer der Behandlung

67 Ergebnis, Möglichkeit einer völligen Heilung

VORBEUGUNG

68 Anweisung zu vorbeugendem Verhalten

PERSOENLICHE DATEN DES PATIENTEN

70 "Timeliness", Zeitpunkt des Arztbesuchs, Rechzeitigkeit

71 Kinder

72 Familie, Verwandte

73 Familienstand

74 Einkommen des Patienten oder Ehepartner, wirtschaftl. Lage

75 Arbeit, Beruf des Patienten
76 Schulbildung des Patienten
77 Arbeit, Beruf des Ehepartners (Frau, Kinder)
78 Schulbildung des Ehepartners (oder d. Kinder)
79 Wohnort
80 Arbeitsplatz
81 Geburtsort
82 Alter des Patienten
83 Name des Patienten
84 Geschlecht des Patienten
85 Verpflichtungen, Abhängigkeiten

ADMINISTRATIVE INSTRUKTIONEN

86 Erklärung von administrativen und bürokratischen Problemen
91 Administrative Instruktionen

SONSTIGES

87 Medizinische Unterstützung
88
89
90
99 nicht einzuordnen

SOZIAL-VERBALES VERHALTEN

ARZT

01 Persönliche Unterstützung, Ermutigung
02 Persönliches Interesse, Aufmerksamkeit, Herzlichkeit, Verständnis
03 Vertrauen, Billigung, Anerkennung des Status
04 Wohlwollen, Güte
05 Anerkennung des Anderen
11 Begrüssung
12 Aufforderung an Patienten, näher zu kommen
13 Aufforderung an Patienten, nicht näher zu kommen
14 Zeigt Zeichen des Wiedererkennens
15 Aufforderung (Bitte), Platz zu nehmen
16 Anrede des Patienten - mit Nummer
17 Anrede des Patienten - mit Namen
18 Verabschiedung, Entlassung
19 Zeichen der Ungeduld
21 Zeigt höfliche Geste
22 Zeigt unhöfliche Geste
23 Befiehlt, ordnet an
24 Schimpft
25 Tröstet
26 Schlägt vor, äussert Ansichten
27 Gibt Versprechen (Zusage von etwas)
28 Scherz (negativ)
29 Scherz (positiv)
31 Sprechpausen
32 Stotternder, abgehackter Redefluss
33 Unvollständige Sätze
34 Auslassung
36 Unterbricht Patienten
37 Unterbricht sich selbst im Satz, wechselt über zum anderen Inh
38 Wiederholt sich selbst
39 Wiederholt Gesagtes des Patienten als Frage
40 Wiederholt Gesagtes des Patienten als Feststellung
51 Erklärende Feststellung (Kommentar, der syntaktisch wie ein Statement gegeben wird)

52 Frage nach Fakten (keine Interpretationen oder Bewertungen

53 Indirekte Frage (in Erklärungen etc. eingeschobene Frage, auf die keine Antwort erwartet wird)

54 Ja-Antworten

55 Nein-Antworten

56 Interjektionen, Ausrufe (ah, uh, eh, etc.)

57 Lachen

58 Missverständnis

59 Nicht einzuordnen

SOZIAL-VERBALES VERHALTEN

PATIENT

61 Vertrauen, Billigung, Anerkennung des Status
62 Begrüssung
63 Zeigt höfliche Geste
64 Zeigt unhöfliche Geste
65 Anrede des Arztes mit Namen
68 Verabschiedung, Entlassung
71 Zeigt sich gehorsam
72 Erhebt Widerspruch
73 Schimpft
74 Schlägt vor, äussert Ansichten
75 Gibt Versprechen (Zusage von etwas)
76 Scherz (negativ)
77 Scherz (positiv)
81 Sprechpausen
82 Stotternder, abgehackter Redefluss
83 Unvollständige Sätze
84 Auslassungen
86 Unterbricht den Arzt
87 Unterbricht sich selbst
88 Wiederholt sich selbst
89 Wiederholt Gesagtes des Arztes als Frage
90 Wiederholt Gesagtes des Arztes als Feststellung
91 Erklärende Feststellung
92 Frage nach Fakten
93 Indirekte Frage (in Erklärungen etc. eingeschobene Frage, auf die keine Antwort erwartet wird)
94 Ja-Antwort
95 Nein-Antwort
96 Ausruf, Interjektionen (ah, eh, uh etc.)
97 Lachen
98 Missverständnis
99 Nicht einzuordnen

ERKLAERUNG DER MODALITAETEN

0 keine Antwort

- wenn nicht bereits 5 kodiert wurde

1 fragt nach
bemüht sich, Information zu erhalten

- Sprecher fragt, sucht nach Information, fragt oder bittet um Auskunft, Hilfe, etc.

Beispiele:

1. Arzt ist an jeder Information interessiert und stellt Fragen.

2. Patient fragt (ersucht oder bittet) um etwas, das im Handlungsbereich des Arztes steht. ("Können Sie mich ins Krankenhaus einweisen?" "ich möchte gern geröntgt werden"

2 bietet an, schlägt vor

- Sprecher schlägt vor, etwas zu tun/geben, das in seinem Handlungsbereich liegt - ohne vorherige Bitte des ander

Beispiel:

Dr.: Sie müssen im Krankenhaus bleiben./ Für die Behandlung ist ein Krankenhausaufenthalt notwendig.

Pt.: Erteilt Auskunft (Symptom, etc.), ohne danach gefragt worden zu sein.

3 enthält Information/Rat/Hilfe Begründung vor, nimmt dem anderen die Möglichkeit zu direkter Hilfe

- Sprecher enthält Informationen/Erklärungen vor, die auch nicht verlangt wurden. Gibt freiwillig keine Erklärungen für seine Behauptungen/Aussagen . .

Beispiel:

Dr.: Ich glaube nicht, dass Sie die Tabletten einnehmen.

Dr.: Ich glaube nicht, dass Sie krank sind.

Pt.: Ich werde die Arznei selbst in der Apotheke kaufen.

4 antwortet, erklärt

- jede Art von Antwort, Erklärung, Reaktion auf eine Bitte oder Frage

5 verweigert, widerspricht

- Sprecher verweigert Auskunft, Hilfe, Behandlung zu geben, verweigert jegliches, widersetzt sich dem Vorschlag oder Angebot des anderen

- Ebenfalls unter dieser Kategorie: Schweigen der IA-Partner aus Mangel an Interesse oder Bereitschaft, sofern dies beurteilt werden kann - ansonsten unter 0.

Beispiel:

Dr.: Sie dürfen keine Spritze bekommen

Pt.: Doch, Dr., ich möchte eine Spritze.

Dr.: (schweigt)

6 akzeptiert, fügt sich

- Sprecher ist mit dem Wunsch des anderen einverstanden, ist bereit, das Angebot des anderen anzunehmen

Beispiele:

Arzt gibt Anweisung, Patient ist bereit, sie zu befolgen.
Arzt schlägt Behandlung (Operation) vor, Patient nimmt Vorschlag an.
Patient schlägt etwas vor, und der Arzt stimmt dem zu.

7 bestätigt

- Arzt bestätigt seine eigene Diagnose oder Fremddiagnose.

- Bestätigung jeglicher Erklärung, Antwort, Angebot oder Vorschlag

8 gibt Anweisungen (befiehlt)

9 nicht zuzuordnen

Ergebnisse zu den Modalitäten im Arzt-Patient-Gespräch

1. Fragen und Antworten

Die Betrachtung der Modalitäten soll Aufklärung zur Frage bringen, welche Aktionen und Reaktionen im Gespräch vonseiten der Interaktionspartner erfolgen. Aktionen und Reaktionen werden, wie die folgende Gesamtübersicht (Tab. A17,S.33) zeigt, durch Fragen und Antworten charakterisiert. In der Häufigkeit stehen an erster Stelle die Arztfragen, gefolgt von den Antworten der Patienten. Von 96.4 % der Patienten werden die Fragen des Arztes mindestens einmal beantwortet. Insgesamt erhalten die Ärzte auf 84.5 % ihrer Fragen eine Antwort, fahren teilweise fort zu fragen, ohne eine Antwort der Patienten abzuwarten (2.5 %). Bei nur einem Prozent ihrer Fragen erhalten sie von den Patienten keine Reaktion. Auf durchschnittlich 11.8 Fragen der Ärzte stehen, ebenfalls durchschnittlich, 10.5 Antworten der Patienten. Umgekehrt stehen auf 3 Fragen der Patienten 2.3 Antworten der Ärzte. Die absoluten Zahlen zeigen jedoch, daß auf 2 Patientenfragen nur eine Arztantwort kommt. Fragen vonseiten der Patienten sind nur 1/6 so häufig wie vonseiten der Ärzte, und werden zudem nur in jedem zweiten Fall direkt beantwortet.

2. Vorschläge

An zweiter Stelle in der Verwendungshäufigkeit sowohl bei Ärzten als auch bei Patienten steht das Anbieten oder Vorschlagen. Wir sprechen dann von Vorschlagen oder Anbieten, wenn Arzt oder Patient unaufgefordert eine Aussage macht. die zur Lösung eines Problems beiträgt, z. B. wenn der Arzt vorschlägt, daß der Patient im Krankenhaus bleiben soll, oder wenn der Patient eine Diagnose für seine Erkrankung anbietet.

Tabelle A17:

Übersicht über die Verwendung der Modes bei 2360 Patienten in 82 Sprechstunden von 60 Ärzten

Modes	Ärzte n	Ärzte n%	Ärzte Σf	Ärzte $f\%_{adj.}$	Ärzte $f/\overline{X}$	Patienten Σf	Patienten $f\%_{adj.}$	Patienten $f/\overline{X}$	Patienten n	Patienten n%
0. keine Antwort	134	5.86	134	0.31	1.07	401	0.96	1.51	265	11.23
1. fragen	2315	98.09	27356	59.13	11.82	4627	11.12	3.03	1526	64.66
2. anbieten	1999	84.70	10244	22.14	5.12	8176	19.64	4.40	1859	78.77
3. vorenthalten	104	4.41	122	0.26	1.17	60	0.14	1.28	47	1.99
4. antworten	1013	42.92	2354	5.09	2.32	24043	57.76	10.53	2283	96.74
5. verweigern	178	7.54	241	0.52	1.35	210	0.50	1.43	147	6.23
6. akzeptieren	94	3.98	113	0.24	1.20	3913	9.40	3.08	1271	53.86
7. bestätigen	65	2.75	74	0.16	1.14	80	0.19	1.13	71	3.01
8. anordnen	1847	78.26	5620	12.15	3.04	115	0.28	1.51	76	3.22
Summe	2360	100.00	46267	100.00		41625	100.00		2360	100.00
9. nicht klassifizierbar	1157	49.03	2524	5.17	2.18	1368	3.18	1.89	725	30.72
Gesamtsumme			48791	100.00		42993	100.00			

Die Reaktion auf die Vorschläge des Anderen vermag mitzuhelfen, die Beziehung zwischen Arzt und Patient zu charakterisieren. Als erstes fällt dabei auf, daß Ärzte bei fast einem Viertel ihrer Vorschläge selbst mit dem Gespräch fortfahren, ohne eine Antwort des Patienten abzuwarten (Tab.A19, S.35). Der Funktionsverteilung im Gespräch entsprechend, werden 23 % der ärztlichen Vorschläge von den Patienten akzeptiert und weitere, fast 24 % wiederholen den Vorschlag des Arztes in zustimmender Weise. Nur 76 Patienten wiesen 1.1 % der Vorschläge zurück. Diese 76 Patienten weichen kraß vom Modalverhalten der Patienten ab, das durch Bejahen und Akzeptieren gekennzeichnet ist (Tab. A19, S.35) Ihr abweichendes Verhalten weist ddraufhin, daß Patienten aktive Partner des Arztes sein können, deren Meinung mit der des Arztes nicht übereinstimmt. In der Aussage einer gegensätzlichen Meinung können wir einen Hinweis für Bargaining sehen. Initiative vonseiten der Patienten zeigt sich in ihren Angeboten von Informationen und Vorschlägen von Lösungen. Ärzte reagieren negativ auf ein sölches Verhalten. In welch geringem Maß sie Patientenvorschläge akzeptieren, zeigt sich aus folgenden Ergebnissen: Während Patienten 23% der ärztlichen Vorschläge klar akzeptieren, nehmen Ärzte die Vorschlage von nur 31 Patienten (0.4%) an. Fast ebenso häufig weisen sie aber Vorschläge zurück. Aus Tabelle A 19 ist zu ersehen, daß Ärzte von ihrem Schema des Fragestellens und des Anbietens kaum abgehen. Damit reagieren sie auf fast 70 % der Patientenvorschläge. Einschränkend muß jedoch gesagt werden, daß nicht jeder Patientenvorschlag ein Zeichen für Initiative ist. Oft ist ihr Vorschlag inhaltlich mit dem vom Arzt zuvorgenannten kaum zu trennen und spiegelt nur die bejahende Haltung des Patienten gegenüber der ärztlichen Autorität wider.

Tabelle A18: Arztreaktion auf Patientenvorschlag

MODES		N patienten	f	N Ärzte
10	keine Reaktion	25	29	17
11	Arzt fragt	1456	3322	60
12	Arzt bietet an	947	2018	60
14	Arzt antwortet	164	205	44
15	Arzt verweigert	25	28	17
16	Arzt akzeptiert	31	32	22
17	Arzt bestätigt	38	43	25
Patient fährt selbst fort		232	312	51
Sonstiges		919	1665	59

Tabelle A 19: Patientenreaktion auf Arztvorschlag

Patientenreaktionen		N Ärzte	f	N Ptn.
20	keine Antwort	15	36	34
21	stellt Frage	60	1232	744
22	wiederholt den Vorschlag	60	2229	992
24	gibt eine Antwort, Erkl.	45	295	216
25	weist Vorschlag zurück	33	102	76
26	akzeptiert, gehorcht	60	2148	914
27	bestätigt	29	55	52
Arzt fährt selbst fort		60	2218	1291
Sonstiges		58	1030	631

Tabelle A 20 : Die Aufeinanderfolge von Verhaltensweisen: Anordnung des Arztes

	Einer Anordnung geht voran auf der Arztseite n	f	auf der Patientenseite n	f	Einer Anordnung folgt auf der Arztseite n	f	auf der Patientenseite n	f
eine Frage	283	328	181	215	852	1240	414	528
ein Vorschlag	437	527	537	699	406	471	619	682
ein Vorenthalten	5	5	3	3	8	8	6	6
eine Antwort, Erklärung	113	126	1183	1832	3	3	83	95
eine Weigerung	18	19	13	13	0	0	8	8
ein Akzeptieren	7	7	438	727	4	4	732	1114
eine Bestätigung	6	6	6	6	0	0	2	2
eine Anordnung	307	428	16	22	0	-	35	49

Tabelle A 21 : Arztreaktionen auf Vorschläge von Patienten unterschiedlichen Alters (Werte in %)

ALTERSGRUPPIERUNG PATIENTEN	N Pt. (100%)	REAKTIONEN DES ARZTES keine	fragen	anbieten	antworten erklären	verweigern	akzeptieren	bestätigen	PATIENT fährt selbst fort
alle	2360	1.1	61.7	40.1	6.9	1.1	1.3	1.6	9.8
≤ 15 Jahre	351	1.4	56.4	38.7	4.3	-	1.1	0.3	11.7
16 - 20 J.	224	0.4	56.7	29.5	9.8	2.2	1.8	1.3	5.8
21 - 30 J.	509	0.8	57.8	25.2	5.1	1.0	0.4	1.2	6.1
31 - 40 J.	354	0.8	64.1	43.2	6.5	2.0	1.4	2.5	7.6
41 - 50 J.	321	0.6	70.6	45.8	9.7	0.9	1.9	2.8	13.1
51 - 60 J.	233	2.1	65.2	44.2	8.6	0.4	2.1	2.1	12.0
61 - 90 J.	256	1.2	68.0	48.4	8.6	1.2	1.6	1.2	14.5
keine Angaben	112	-	57.8	-	4.5	0.9	0.9	1.8	11.6

3. Vorschläge und Reaktionen der Ärzte bei verschiedenen Patientengruppen

Auf einen Vorschlag, einen Wunsch ihrer Patienten gehen von 60 Ärzten 22 ein, 17 verweigern ihnen jedoch das Gewünschte. 8 von diesen Ärzten zeigen sowohl die eine wie die andere Verhaltensweise. Die ärztlichen Reaktionsweisen sind sicher nicht altersunabhängig, so zeigt die Tabelle der Altersverteilung (Tab.A21, S.36), daß die Ärzte bei älteren Patienten (älter als 31 Jahre) auf den Patientenvorschlag im Durchschnitt häufiger etwas anbieten, häufiger antworten, häufiger akzeptieren und den Vorschlag bestätigen als bei jüngeren.

Auch bei den Berufen (Tab.A22,S.38) finden wir Variationen in der Reaktionsweise dahingehend, daß Mönche, Lehrer und Studenten sowie einfache, nicht näher definierte, Arbeiter die wenigsten Angebote erhalten; Handwerker, Verkäufer, kleinere Angestellte und Büroangestellte, die häufigsten Angebote.

Frauen erhalten häufiger Antworten als Männer (Tab. A23, S.38). Da sich in der Gruppe der Verkäufer viele Frauen befinden, wird verständlich, daß in den Berufsgruppen 'Hausfrauen' und Verkäufer' die meisten Antworten vom Arzt gegeben werden. Handwerkern, Angehörigen der Verkaufsberufe und Lehrern wird durchschnittlich am meisten verweigert. In dieser Zusammenschau sei erwähnt, daß die Reaktion des Arztes nicht unabhängig ist von der Zeit, die ihm für die Patienten zur Verfügung steht, bzw. die er sich für den einzelnen Patienten reserviert hat. Mit zunehmender Dauer der Konsultationsgespräche erhöhen sich Möglichkeiten und Wahrscheinlichkeiten der Variation von Information vonseiten beider Interaktionspartner: Je länger ein Gespräch dauert, desto häufiger kann der Arzt in unterschiedlicher Weise reagieren (Tab. A24,S.39)

Tabelle A 22 Arztreaktionen auf Vorschläge von Patienten mit unterschiedlichen Berufen (Werte in %)

BERUFE Patienten	N Pt. (100%)	REAKTIONEN DES ARZTES keine	fragen	anbieten	antworten erklären	verweigern	akzeptieren	bestätigen	PATIENT fährt selbst fort
alle	2360	1.1	61.7	40.1	6.9	1.1	1.3	1.6	9.5
Lehrer, Student Student	142	0.7	62.7	32.4	7.0	2.1	2.1	2.1	5.6
Angehörige religÖrden, Mönche	155	1.3	56.1	29.0	4.5	0.6	0.6	2.3	9.0
Angestellte	57	-	64.9	47.4	8.8	1.8	3.5	2.8	7.0
Büroarbeiter	81	3.7	75.3	49.4	2.5	-	-	-	9.9
Polizei-,Armee-Angehörige	52	-	59.6	38.5	7.7	1.9	1.9	3.8	7.3
Landwirtschaft, Fischer	420	1.2	64.5	44.0	7.9	1.0	1.4	1.7	7.9
Hausfrauen	167	1.2	62.9	40.7	10.8	0.6	0.6	4.2	7.8
Verkaufsberufe, Händler	159	0.6	70.4	49.7	11.9	2.5	1.9	2.5	13.2
Handwerkl. Berufe	38	-	63.7	52.6	5.3	2.6	-	-	2.6
Arbeiter	260	1.2	55.8	33.8	5.0	1.5	1.5	1.2	8.1
Arbeitslose, Pensionierte	273	2.2	59.0	42.5	6.2	0.6	0.7	0.7	15.4
keine Angaben	555	0.4	59.1	37.5	6.1	0.7	1.4	2.3	11.4

Tabelle A 23 Arztreaktionen auf Vorschläge von männlichen und weiblichen Patienten (Werte in %)

GESCHLECHT der PATIENTEN	N Pt. (100%)	REAKTIONEN DES ARZTES keine	fragen	anbieten	antworten erklären	verweigern	akzeptieren	bestätigen	PATIENT fährt selbst fort
alle	2360	1.1	61.7	40.1	6.9	1.1	1.3	1.6	9.5
männlich	1207	1.1	60.1	35.2	6.3	0.7	1.3	1.2	8.4
weiblich	1119	1.1	64.3	45.8	7.9	1.3	1.3	2.1	11.5

Tabelle A24 Arztreaktionen auf Vorschläge von Patienten in Konsultationsgesprächen unterschiedlicher Dauer (Werte in %)

INTERAKTIONS DAUER in SEKUNDEN	N Pt. (100%)	REAKTIONEN DES ARZTES keine	fragen	anbieten	antworten erklären	verweigern	akzeptieren	bestätigen	PATIENT fährt selbst fort
alle	2360	1.1	61.7	40.1	6.9	1.1	1.3	1.6	9.5
0 - 30	58	-	15.5	10.3	-	-	-	1.3	3.4
31 - 90	453	0.2	37.1	21.4	2.0	0.2	-	0.2	4.2
91 - 150	540	0.7	58.0	33.9	4.6	0.6	0.6	0.9	7.2
151 - 210	401	1.5	63.3	44.1	6.2	0.7	1.2	1.0	10.2
211 - 300	388	0.8	70.9	47.4	8.8	1.5	1.0	1.3	11.9
301 - 390	251	0.4	81.7	53.8	12.7	2.4	1.6	4.4	13.1
291 - 480	133	4.5	82.0	58.6	13.5	0.8	6.0	2.3	20.3
481 -2000	936	2.9	90.4	64.0	15.4	3.7	5.1	5.9	18.4

Tabelle A25 Arztreaktionen auf Vorschläge von Patienten mit unterschiedlicher Symptomatik (Werte in %)

SYMPTOME der Patienten	N Pt. (100%)	REAKTIONEN DES ARZTES keine	fragen	anbieten	antworten erklären	verweigern	akzeptieren	bestätigen	PATIENT fährt selbst fort
alle	2360	1.1	61.7	40.1	6.9	1.1	1.3	1.6	9.5
somatisch-psychosom. Erk.	139	0.7	64.0	41.7	4.6	1.4	0.7	1.4	7.2
somatisch innere Erkrank.	151	-	64.2	49.0	7.9	1.3	1.3	2.0	9.3
somatisch Infektionserk.	723	1.2	64.2	42.7	6.5	1.1	1.9	1.9	9.4
psychosomat. Magen-Darm	353	1.7	67.1	41.1	9.1	2.0	2.0	2.0	8.5
Nerven, psychisch psychosomatisch	123	0.8	81.3	47.2	10.6	0.8	2.4	1.6	12.2
keine Angaben	870	0.9	53.8	34.8	6.3	0.6	1.1	1.1	10.9

Tabelle A26: Häufigkeitsverteilung von Ärzten, die ihren Patienten etwas anbieten oder vorschlagen

$N_{Ptn.}$ % *)	$N_{\%}$	KRANKENHAUS 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SUMME
0	0	1	-	2	3	2	-	4	-	2	-	1	15
1- 9	4	3	3	3	4	4	1	-	3	4	5	2	33
10-19	13	-	1	1	-	1	-	2	-	1	-	-	6)12
- 20	26	-	3	2	-	-	-	-	-	-	-	1	6
	SUMME	4	7	8	7	7	1	6	3	7	5	4	60

*) N% ist der Anteil der Patienten einer Sprechstunde, denen gegenüber der Arzt die genannte Verhaltensweise zeigt.

4. Verweigern und Vorenthalten

Vorenthalten und Verweigern charakterisieren, als Gegenpol zu Vorschlagen und Anbieten, in bezeichnender Weise das Verhältnis zwischen Arzt und Patient. In kodierbarer Form ausgesprochen, findet sich diese Verhaltensweise nur gegenüber 4.4 % der Patienten (N=104), d.h. durchschnittlich bei nur jedem 24. Patienten unseres Samples. Einige Ärzte heben sich durch häufigere Anwendung von anderen ab. Gegenüber 10 % und mehr ihrer Patienten wenden die Ärzte 11,13,14,17,21,26, 28, 45, 61, 62, 89 und 90 (N=12) dieses Verhalten an (Tab. 26.).

Soziographische Merkmale der Patienten, wie Alter, Geschlecht, Häufigkeit des Krankenhausbesuchs oder Erscheinungsbild der Erkrankung wie auch die Berufszugehörigkeit haben offensichtlich keinen Einfluß auf das Vorenthalten durch den Arzt.

Bei nur 2 % der aufgezeichneten Gespräche (N=47) ließ sich Vorenthalten durch Patienten feststellen; es wurde 60 mal verwendet. Die überwiegende Reaktion vonseiten der Ärzte hierauf war, im Gespräch mit Fragen oder eigenen Vorschlägen fortzufahren.

5. Anordnungen

Eine weitere markante Form des Interaktionsverhaltens wurde als Anweisung kodiert. Wie an anderer Stelle gezeigt (GOLDSCHMIDT, 1976), variiert die Eindringlichkeit mit der Anweisungen gegeben werden, von freundlicher Aufforderung über Anordnung bis zum Befehl. Diese Modalität tritt vonseiten des Arztes 5634mal auf. Es sind in der Mehrzahl Behandlungsanweisungen. Den Anweisungen der Ärzte gegenüber 78.3 % ihrer Patienten stehen nur 3.2 % Gespräche, in denen Patienten Anordnungen gegeben haben (N=76). Diese unterscheiden sich jedoch von denen der Ärzte. In 61 Fällen lag nur eine bestätigende Reaktion auf eine erhaltene Anordnung vor. In den verbleibenden Fällen stellen Patienten Fragen mit Anweisungscharakter. In 50 % der Fälle läßt der Arzt dem Patienten keine Gelegenheit eine Antwort zu geben, weil er selbst mit Fragestellen oder Vorschlägen fortfährt. Die Mehrzahl der Patienten reagieren auf Anweisungen mit Akzeptieren; aber in einigen Fällen auch mit Fragen oder Vorschlägen (s. Tab. A20, S. 36).

Da uns kein Programm zur Verfügung stand, daß die Aufeinanderfolge der Modalitäten abcheckte, haben wir beispielhaft nur bestimmte Konstellationen herausgegriffen und beschrieben.

Anreden und Partikel im Arzt-Patient-Gespräch

Anredeformen und Gebrauch von Partikeln in der thailändischen Sprache allgemein wie im Arztgespräch im besonderen wurden von WACHARAKUL (1979) analysiert.

Als Ergebnis ihrer Untersuchung läßt sich kurz zusammengefaßt die Funktion der Anredeformen so darstellen:

Die Verwendung der unterschiedlichen Anredeformen hängt in starkem Maße von Statusvariablen ab wie Alter, Geschlecht, Bewertung des Berufs und Verwandtschaftsverhältnis. Vergleichen ließe sich der Gebrauch der Anrede im Deutschen damit, ob man Herr Doktor oder nur Doktor X sagt oder ob der Arzt den Patienten mit Herr Y oder, wenn dieser sehr alt ist, mit 'Opa' anspricht.

Im Thailändischen existieren vielfältige Personalpronomen. Ein Tahi kann allein durch die Wahl des Personalpronomens seinem Gegenüber klar zu erkennen geben, daß er sich im Status höher oder niedriger gestellt sieht oder auch auf gleicher Stufe. Es können damit klare hierarchische Zuordnungen zum Ausdruck gebracht werden. Das gleiche gilt für Anredeformen in der zweiten Person Singular und Plural. Auch der thailändische Arzt verwendet mitunter 'Kinship-Terms' in der Anrede eines Patienten.

Die Partikel im Thailändischen lassen sich nach ihrer Funktion unterscheiden. Einerseits werden sie zur Bildung von Fragen und Anweisungen verwendet, andererseits bringen sie Attitüden des Sprechers zum Ausdruck. Partikel mit der

Funktion der Fragenbildung differenzieren zwischen den einzelnen Frageareten, anweisungsbildende Partikel zwischen den verschiedenen Ausprägungen der Anweisungen. Sie liefern uns die Möglichkeit, Fragen, Anweisungen und Attitüden in feisnten Nuancierungen zu messen und das Verbalverhalten der Interaktionspartner zu bestimmen (s. auch GOLDSCHMIDT, 1977 in SCHNEIDER et al., 1977).

ANHANGSTEIL des Kapitels 3.4

Tabelle A27: Verteilung der Erst- und Folgepatienten[1] nach Geschlecht

		GESCHLECHT DER PATIENTEN männlich	weiblich	GESAMT
ERSTPATIENTEN	N	410	498	908
	%	45.2	54.8	100.0
zu Gesamt N	%	33.9	44.5	38.5
FOLGEPATIENTEN	N	379	315	694
	%	54.6	45.4	100.0
zu Gesamt N	%	31.4	28.2	29.4
GESAMTSTICHPR.	N	1209	1119	2328
	%	51.9	48.1	100.0
zu Gesamt N	%	100.0	100.0	100.0

fehlende Information zu Geschlecht bei: N = 32 = 1.4%

1) ≥ 16 Jahre, Interaktionsdauer ≥ 31 Sek.

Tabelle A28: Verteilung der Erst- und Folgepatienten nach Berufen

BERUFSGRUPPEN	ERSTPATIENTEN[1]			FOLGEPATIENTEN[1]			GESAMTSTICHPR.		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
keine Information	103	11.3	18.52	71	10.2	12.8	556	23.6	100
ohne Beschäftigung	33	3.6	11.5	36	5.2	12.5	187	12.5	100
Bauern u. verw. Berufe	246	27.1	58.7	154	22.2	36.8	419	17.8	100
Hausfrauen	87	9.6	56.86	63	9.1	41.2	153	6.5	100
Lehrer u. Studenten	50	5.5	35.2	30	4.3	21.1	142	6.0	100
Mönche	40	4.4	25.6	93	13.4	59.6	156	6.6	100
Armee, Polizei	25	2.8	48.1	21	3.0	40.4	52	2.2	100
Büroarbeiter	30	3.3	37.0	45	6.5	55.6	81	3.4	100
Angestellte	40	4.4	70.2	16	2.3	28.1	57	2.4	100
Verkauf	93	10.2	58.5	55	7.9	34.6	159	6.7	100
Arbeiter	141	15.5	53.8	98	14.1	37.4	262	11.1	100
Handwerker	20	2.2	55.5	12	1.7	33.3	36	1.5	100
GESAMT	908	100.0	38.5	694	100.0	29.4	2360	100.0	100

1) ≥ 16 Jahre, Interaktionsdauer ≥ 31 Sek.

Tabelle A29: Verteilung der Erst- und Folgepatienten nach Krankenhaus

KRANKEN-HAUS	ERSTPATIENTEN [1] N	%	%	FOLGEPATIENTEN [1] N	%	%	GESAMTSTICHPROBE N	%	%
KH 0	100	11.0	67.6	17	2.4	11.5	148	6.3	100
KH 1	86	9.5	44.3	53	7.6	27.3	144	8.2	100
KH 2	86	9.5	66.7	18	2.6	14.0	129	5.5	100
KH 3	99	10.9	55.3	12	1.7	6.7	179	7.6	100
KH 4	122	13.4	52.6	25	3.6	10.8	232	9.8	100
KH 5	37	4.1	40.0	8	1.2	9.1	88	3.7	100
KH 6	43	4.7	34.7	55	7.9	44.4	124	5.3	100
KH 7	96	10.6	20.8	201	29.0	43.5	462	19.6	100
KH 8	54	5.9	29.2	92	13.3	49.7	185	7.8	100
KH 9	144	15.9	31.1	154	22.2	33.3	463	19.6	100
KH 10	41	4.5	26.3	59	8.5	37.8	156	6.6	100
GESAMT	908	100	38.5	694	100	29.4	2360	100	100

1) ≥ 16 Jahre, Interaktionsdauer ≥ 31 Sek.

abelle A30: Verteilung der Patienten nach Alter, Beruf, Geschlecht und Kenntnis des Krankenhauses
(N = 1602, bei einer Interaktionsdauer ≥ 31 Sek. und einem Patientenalter ≥ 16 Jahre)

BERUFE Erst-/Folge-patienten (E/F)		ALTER 16-20 J. m	ALTER 16-20 J. w	21-30 J. m	21-30 J. w	31-40 J. m	31-40 J. w	41-50 J. m	41-50 J. w	51-60 J. m	51-60 J. w	61 J. + m	61 J. + w	TOTAL m	TOTAL w	TOTAL m+w	ERST- u. FOLGE PATIENTEN m	ERST- u. FOLGE PATIENTEN w	ERST- u. FOLGE PATIENTEN m+w
ohne Beschäftigung	E	3	2	5	5	1	1	-	1	3	1	6	5	18	15	33	37	32	69
	F	1	3	2	2	-	2	-	4	3	2	13	4	19	17	36			
Landwirt-schaft	E	7	15	20	37	19	34	12	26	15	22	24	15	97	149	246	177	223	400
	F	13	9	11	12	9	22	16	15	13	11	18	5	80	74	154			
Hausfrauen	E	-	6	-	23	-	20	-	18	-	10	-	10	-	87	87	-	150	150
	F	-	4	-	17	-	13	-	10	-	9	-	10	-	63	63			
Lehrer/ Studenten	E	11	16	8	7	1	-	3	2	-	2	-	-	23	27	50	39	41	80
	F	7	8	4	4	1	2	3	-	1	-	-	-	16	14	30			
Klerus, Mönchsorden	E	3	-	6	1	5	-	7	-	6	4	7	1	34	6	40	119	14	133
	F	4	-	13	-	5	1	14	-	21	2	28	5	85	8	93			
Polizei, Armeeangehörige	E	2	-	15	-	1	1	4	-	2	-	-	-	24	1	25	44	2	46
	F	-	-	9	-	4	1	2	-	4	-	1	-	20	1	21			
Büroarbeiter	E	1	1	7	4	8	2	6	1	-	-	-	-	22	8	30	43	32	75
	F	1	-	10	14	5	1	3	8	1	1	1	-	21	24	45			
Büro-angestellte	E	-	1	4	12	6	5	6	3	2	-	1	-	19	21	40	30	26	56
	F	1	-	2	3	3	-	2	1	1	1	2	-	11	5	16			
Verkaufsberufe, Händler	E	1	7	9	10	5	21	10	11	6	7	3	3	34	59	93	56	92	148
	F	3	3	5	2	3	7	4	5	3	10	4	6	22	33	55			
Arbeiter	E	17	8	30	26	15	10	11	8	6	3	2	5	81	60	141	146	93	239
	F	9	2	15	11	13	11	19	3	4	5	5	1	65	33	98			
Handwerkl. Berufe	E	-	1	3	3	4	2	1	1	2	2	-	1	10	10	20	18	13	31
	F	1	-	2	-	3	1	2	2	-	-	-	-	8	3	11			
TOTAL GESCHLECHT	E	45	57	107	128	65	96	60	71	42	51	43	40	362	443	805	709	718	1427
	F	40	29	73	65	46	61	65	48	51	41	72	31	347	275	622			
TOTAL ALTER	E	102		235		161		131		93		83		805					
	F	69		138		107		113		92		103		622					
TOTAL E+F GESCHLECHT		85	86	180	193	111	157	125	119	93	92	115	71	1427					
TOTAL E+F ALTER		171		373		268		144		185		186		1427					

keine Information 175

1602

Tabelle A31: Gruppenumfänge, Mittelwerte und Streuungen von formalen Variablen bei der Berufsstichprobe der Patienten

PATIENTENBERUFE	N	INTERAKTIONSDAUER $\bar{x}$	INTERAKTIONSDAUER s	SPRECHDAUER $\bar{x}$	SPRECHDAUER s	TEXTLÄNGE DES ARZTES $\bar{x}$	TEXTLÄNGE DES ARZTES s
ohne Beschäftigung	69	248.49	183.59	154.28	113.08	142.59	127.37
landwirt. Berufe	402	234.19	168.98	147.57	136.87	133.13	119.24
Hausfrau	152	231.02	158.80	149.86	125.86	133.72	121.91
Lehrer, Studenten	80	257.69	192.77	172.65	160.17	183.75	202.64
Mönchsorden	136	154.39	105.40	102.79	81.60	73.49	82.19
Armee, Polizei	48	188.67	145.32	120.02	109.51	130.25	131.39
Büroarbeiter	79	194.81	150.07	134.92	137.70	109.80	97.88
Angestellte	56	267.95	165.31	181.30	141.16	181.84	150.20
Verkauf	150	246.85	158.31	171.65	133.69	157.28	134.94
Arbeiter	247	204.34	146.65	127.32	108.04	109.74	111.43
Handwerker	32	227.78	137.52	135.57	152.10	156.84	149.30
TOTAL	1451	222.09	159.94	143.79	127.85	130.39	127.48

PATIENTENBERUFE	N	HÄUFIGKEIT ALLER INHALTE BEIM ARZT $\bar{x}$	HÄUFIGKEIT ALLER INHALTE BEIM ARZT s	PAUSENDAUER DES ARZTES $\bar{x}$	PAUSENDAUER DES ARZTES s	HÄUFIGKEIT DER PAUSEN DES ARZTES $\bar{x}$	HÄUFIGKEIT DER PAUSEN DES ARZTES s
ohne Beschäftigung	69	23.75	17.22	73.23	87.38	4.65	4.31
landwirt. Berufe	402	23.78	17.19	70.22	83.35	4.65	3.31
Hausfrau	152	22.71	16.79	63.26	76.36	3.88	3.18
Lehrer, Studenten	80	25.01	21.51	70.33	63.78	4.60	2.98
Mönchsorden	136	14.35	12.31	39.92	51.80	3.00	2.76
Armee, Polizei	48	22.27	20.77	58.96	48.95	4.13	2.48
Büroarbeiter	79	20.65	15.86	44.39	42.73	4.06	3.30
Angestellte	56	26.23	17.45	70.89	64.28	4.21	2.81
Verkauf	150	25.13	17.02	60.08	67.41	4.01	3.45
Arbeiter	247	19.37	14.51	63.70	76.00	3.81	3.18
Handwerker	32	23.78	16.95	82.41	109.08	3.94	3.34
TOTAL	1451	22.11	16.88	63.16	74.13	4.12	3.27

PATIENTENBERUFE	N	ALTER DER PATIENTEN $\bar{x}$	ALTER DER PATIENTEN s	TEXTLÄNGE DER PATIENTEN $\bar{x}$	TEXTLÄNGE DER PATIENTEN s	HÄUFIGKEIT ALLER INHALTE BEI PATIENTEN $\bar{x}$	HÄUFIGKEIT ALLER INHALTE BEI PATIENTEN s
ohne Beschäftigung	69	47.96	21.21	100.46	96.98	20.84	15.75
landwirt. Berufe	402	41.38	16.56	93.34	99.77	20.76	17.15
Hausfrau	152	40.61	16.38	95.15	90.01	19.85	15.20
Lehrer, Studenten	80	24.49	10.79	99.95	121.25	20.20	18.96
Mönchsorden	136	49.72	17.03	69.21	88.17	12.62	11.14
Armee, Polizei	48	34.29	13.89	95.73	120.55	20.06	20.36
Büroarbeiter	79	33.80	11.87	87.58	68.96	18.10	13.38
Angestellte	56	36.09	12.26	114.54	109.11	21.98	16.27
Verkauf	150	40.97	15.08	110.45	95.33	22.25	15.79
Arbeiter	247	34.17	13.10	80.69	109.08	16.26	13.62
Handwerker	32	37.75	12.75	90.31	70.29	19.84	14.29
TOTAL	1451	39.26	16.39	92.11	99.67	19.12	15.83

PATIENTENBERUFE	N	PAUSENDAUER DER PATIENTEN $\bar{x}$	PAUSENDAUER DER PATIENTEN s	HÄUFIGKEIT DER PAUSEN DER PATIENTEN $\bar{x}$	HÄUFIGKEIT DER PAUSEN DER PATIENTEN s
ohne Beschäftigung	69	20.99	29.19	1.90	2.35
landwirt. Berufe	402	16.39	26.51	1.72	2.21
Hausfrau	152	17.89	32.40	1.50	1.78
Lehrer, Studenten	80	14.71	24.18	1.05	1.16
Mönchsorden	136	11.68	19.47	1.50	2.13
Armee, Polizei	48	9.69	19.88	1.17	1.52
Büroarbeiter	79	15.49	20.25	1.62	1.52
Angestellte	56	15.75	28.02	1.43	1.76
Verkauf	150	15.12	23.31	1.67	2.07
Arbeiter	247	13.33	24.49	1.27	1.64
Handwerker	32	9.81	16.44	0.94	1.39
TOTAL	1451	15.14	25.39	1.51	1.94

Tabelle A32: ERSTPATIENTEN: Verteilung nach Alter und Krankenhaus

* * * * * * * * * * * * * * * * * * C R O S S T A B U L A T I O N O F * * * * * * * * * * * * * * * * * * *
VAR006 PT-ALTER BY VAR101 KH
* PAGE 1 OF 2

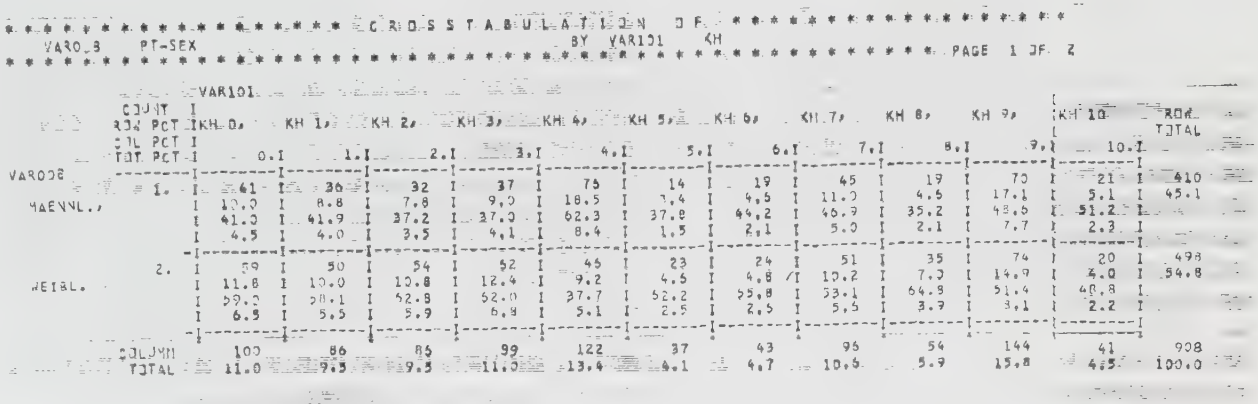
VAR006	VAR101 COUNT ROW PCT COL PCT TOT PCT	KH 0, 0.	KH 1, 1.	KH 2, 2.	KH 3, 3.	KH 4, 4.	KH 5, 5.	KH 6, 6.	KH 7, 7.	KH 8, 8.	KH 9, 9.	KH 10 10.	ROW TOTAL
1. 16 BIS 20 J.,	COUNT	3	13	12	18	15	3	7	8	9	22	7	118
	ROW PCT	2.5	11.0	10.2	15.3	13.5	2.5	5.9	6.8	7.5	19.6	5.9	13.0
	COL PCT	3.0	15.1	14.0	18.0	13.1	8.1	16.3	8.3	16.7	15.3	17.1	
	TOT PCT	0.3	1.4	1.3	2.0	1.8	0.3	0.8	0.9	1.0	2.4	0.8	
2. 21 BIS 30 J.,	COUNT	17	29	21	39	31	10	12	19	11	60	17	266
	ROW PCT	6.4	10.9	7.9	14.7	11.7	3.8	4.5	7.1	4.1	22.6	6.4	29.3
	COL PCT	17.0	33.7	24.4	39.0	25.4	27.0	27.9	19.8	20.4	41.7	41.5	
	TOT PCT	1.9	3.2	2.3	4.3	3.4	1.1	1.3	2.1	1.2	6.6	1.9	
3. 31 BIS 40 J.,	COUNT	27	24	16	15	23	7	6	22	15	22	3	180
	ROW PCT	14.9	13.3	8.8	8.4	12.7	3.9	3.3	12.2	8.3	12.2	1.7	19.9
	COL PCT	27.0	27.9	18.6	16.0	18.9	18.9	14.0	22.9	27.8	15.3	7.3	
	TOT PCT	3.0	2.6	1.8	1.8	2.5	0.8	0.7	2.4	1.7	2.4	0.3	
4. 41 BIS 50 J.,	COUNT	21	9	14	14	17	6	10	24	7	18	8	148
	ROW PCT	14.2	6.1	9.5	9.5	11.5	4.1	6.8	16.2	4.7	12.2	5.4	16.3
	COL PCT	21.0	10.5	16.3	14.0	13.9	16.2	23.3	25.0	13.0	12.5	19.5	
	TOT PCT	2.3	1.0	1.5	1.5	1.9	0.7	1.1	2.6	0.8	2.0	0.9	
5. 51 BIS 60 J.,	COUNT	16	6	13	9	16	4	4	10	7	12	3	100
	ROW PCT	16.0	6.0	13.0	9.0	16.0	4.0	4.0	10.0	7.0	12.0	3.0	11.0
	COL PCT	16.0	7.0	15.1	9.0	13.1	10.8	9.3	10.4	13.0	8.3	7.3	
	TOT PCT	1.8	0.7	1.4	1.0	1.8	0.4	0.4	1.1	0.8	1.3	0.3	
6. 61 J. UND AELTER	COUNT	16	5	10	4	19	7	4	13	5	10	3	96
	ROW PCT	16.7	5.2	10.4	4.2	19.8	7.3	4.2	13.5	5.2	10.4	3.1	10.6
	COL PCT	16.0	5.8	11.6	4.0	15.5	18.9	9.3	13.5	9.3	6.9	7.3	
	TOT PCT	1.8	0.6	1.1	0.4	2.1	0.8	0.4	1.4	0.6	1.1	0.3	
COLUMN TOTAL		100	86	86	99	122	37	43	96	54	144	41	908
		11.0	9.5	9.5	11.0	13.4	4.1	4.7	10.6	5.9	15.8	4.5	100.0

Tabelle A33: FOLGEPATIENTEN: Verteilung nach Alter und Krankenhaus

* * * * * * * * * * * * * * * * * * C R O S S T A B U L A T I O N O F * * * * * * * * * * * * * * * * * * *
VAR006 PT-ALTER BY VAR101 KH
* PAGE 1 OF 2

VAR006	VAR101 COUNT / ROW PCT / COL PCT / TOT PCT	KH 0, 0.	KH 1, 1.	KH 2, 2.	KH 3, 3.	KH 4, 4.	KH 5, 5.	KH 6, 6.	KH 7, 7.	KH 8, 8.	KH 9, 9.	KH 10 10.	ROW TOTAL
1. 16 BIS 20 J.,	COUNT	0	12	4	0	5	1	3	13	13	17	9	77
	ROW PCT	0.0	15.6	5.2	0.0	6.5	1.3	3.9	16.9	16.9	22.1	11.7	11.1
	COL PCT	0.0	22.6	22.2	0.0	20.0	12.5	5.5	6.5	14.1	11.0	15.3	
	TOT PCT	0.0	1.7	0.6	0.0	0.7	0.1	0.4	1.9	1.9	2.4	1.3	
2. 21 BIS 30 J.,	COUNT	2	11	1	2	3	0	16	35	17	53	11	151
	ROW PCT	1.3	7.3	0.7	1.3	2.0	0.0	10.6	23.2	11.3	35.1	7.3	21.8
	COL PCT	11.8	20.8	5.6	16.7	12.0	0.0	29.1	17.4	18.5	34.4	18.6	
	TOT PCT	0.3	1.6	0.1	0.3	0.4	0.0	2.3	5.0	2.4	7.6	1.6	
3. 31 BIS 40 J.,	COUNT	5	5	3	3	2	1	6	34	16	32	11	118
	ROW PCT	4.2	4.2	2.5	2.5	1.7	0.8	5.1	28.8	13.6	27.1	9.3	17.0
	COL PCT	29.4	9.4	16.7	25.0	8.0	12.5	10.9	16.9	17.4	20.8	13.6	
	TOT PCT	0.7	0.7	0.4	0.4	0.3	0.1	0.9	4.9	2.3	4.6	1.6	
4. 41 BIS 50 J.,	COUNT	1	10	5	3	5	3	10	41	17	22	10	127
	ROW PCT	0.8	7.9	3.9	2.4	3.9	2.4	7.9	32.3	13.4	17.3	7.9	18.3
	COL PCT	5.9	18.9	27.8	25.0	20.0	37.5	18.2	20.4	18.5	14.3	16.9	
	TOT PCT	0.1	1.4	0.7	0.4	0.7	0.4	1.4	5.9	2.4	3.2	1.4	
5. 51 BIS 60 J.,	COUNT	6	7	3	3	6	1	9	37	11	13	7	103
	ROW PCT	5.8	6.8	2.9	2.9	5.8	1.0	8.7	35.9	10.7	12.6	6.8	14.8
	COL PCT	35.3	13.2	16.7	25.0	24.0	12.5	16.4	18.4	12.0	8.4	11.9	
	TOT PCT	0.9	1.0	0.4	0.4	0.9	0.1	1.3	5.3	1.6	1.9	1.0	
6. 61 J. UND AELTER	COUNT	3	8	2	1	4	2	11	41	18	17	11	118
	ROW PCT	2.5	6.8	1.7	0.8	3.4	1.7	9.3	34.7	15.3	14.4	9.3	17.0
	COL PCT	17.6	15.1	11.1	8.3	16.0	25.0	20.0	20.4	19.6	11.0	18.6	
	TOT PCT	0.4	1.2	0.3	0.1	0.6	0.3	1.6	5.9	2.6	2.4	1.6	
COLUMN TOTAL		17	53	18	12	25	8	55	201	92	154	59	694
		2.4	7.6	2.6	1.7	3.6	1.2	7.9	29.0	13.3	22.2	8.5	100.0

Tabelle A34: ERSTPATIENTEN: Verteilung nach Geschlecht und Krankenhaus



C R O S S T A B U L A T I O N O F

VARO_3 PT-SEX BY VAR101 KH

PAGE 1 OF 2

VARO_3		VAR101 KH 0.	KH 1.	KH 2.	KH 3.	KH 4.	KH 5.	KH 6.	KH 7.	KH 8.	KH 9.	KH 10.	ROW TOTAL
1. MAENNL.	COUNT	41	36	32	37	75	14	19	45	19	70	21	410
	ROW PCT	10.0	8.8	7.8	9.0	18.5	3.4	4.6	11.0	4.6	17.1	5.1	45.1
	COL PCT	41.0	41.9	37.2	37.0	62.3	37.8	44.2	46.9	35.2	48.6	51.2	
	TOT PCT	4.5	4.0	3.5	4.1	8.4	1.5	2.1	5.0	2.1	7.7	2.3	
2. WEIBL.	COUNT	59	50	54	62	46	23	24	51	35	74	20	498
	ROW PCT	11.8	10.0	10.8	12.4	9.2	4.6	4.8	10.2	7.0	14.9	4.0	54.8
	COL PCT	59.0	58.1	62.8	62.0	37.7	62.2	55.8	53.1	64.8	51.4	48.8	
	TOT PCT	6.5	5.5	5.9	6.8	5.1	2.5	2.6	5.5	3.9	8.1	2.2	
COLUMN TOTAL		100	86	86	99	122	37	43	96	54	144	41	908
		11.0	9.5	9.5	11.0	13.4	4.1	4.7	10.6	5.9	15.8	4.5	100.0

Tabelle A35: FOLGEPATIENTEN: Verteilung nach Geschlecht und Krankenhaus

* * * * * * * * * * * * * * * * * * * C R O S S T A B U L A T I O N O F * * * * * * * * * * * * * * * * * * *
VAR008 PT-SEX BY VAR101 KH
* PAGE 1 OF 2

VAR008		VAR101 KH 0.	KH 1.	KH 2.	KH 3.	KH 4.	KH 5.	KH 6.	KH 7.	KH 8.	KH 9.	KH 10	ROW TOTAL
MAENNL.	1.	7	20	10	6	13	6	33	125	51	68	40	379
		1.8	5.3	2.6	1.6	3.4	1.6	8.7	33.0	13.5	17.9	10.6	54.6
		41.2	37.7	55.6	50.0	52.0	75.0	60.0	62.2	55.4	44.2	67.8	
		1.0	2.9	1.4	0.9	1.9	0.9	4.8	18.0	7.3	9.8	5.8	
WEIBL.	2.	10	33	8	6	12	2	22	76	41	86	19	315
		3.2	10.5	2.5	1.9	3.8	0.6	7.0	24.1	13.0	27.3	6.0	45.4
		58.8	62.3	44.4	50.0	48.0	25.0	40.0	37.8	44.6	55.8	32.2	
		1.4	4.8	1.2	0.9	1.7	0.3	3.2	11.0	5.9	12.4	2.7	
COLUMN TOTAL		17	53	18	12	25	8	55	201	92	154	59	694
		2.4	7.6	2.6	1.7	3.6	1.2	7.9	29.0	13.3	22.2	8.5	100.0

Tabelle A 36: ERSTPATIENTEN: Verteilung nach Beruf und Krankenhaus

* C R O S S T A B U L A T I O N O F *
VAR039 PT-BERUF BY VAR101 KH
* PAGE 1 OF 4

VAR039 / VAR101 (COUNT / ROW PCT / COL PCT / TOT PCT)	KH 0, 0.	KH 1, 1.	KH 2, 2.	KH 3, 3.	KH 4, 4.	KH 5, 5.	KH 6, 6.	KH 7, 7.	KH 8, 8.	KH 9, 9.	KH 10, 10.	ROW TOTAL
0. NO INF.NOT IDENT	4	4	17	19	8	2	1	15	7	20	3	103
	3.9	3.9	16.5	18.4	7.8	1.9	1.0	17.5	6.8	19.4	2.9	11.3
	4.0	4.7	19.8	19.0	6.6	5.4	2.3	16.0	13.0	13.9	7.3	
	0.4	0.4	1.9	2.1	0.9	0.2	0.1	2.0	0.9	2.2	0.3	
1. NO OCC.UNEMPL.RC	3	3	4	1	2	1	1	6	4	7	1	33
	9.1	9.1	12.1	3.0	6.1	3.0	3.0	18.2	12.1	21.2	3.0	3.6
	3.0	3.5	4.7	1.0	1.6	2.7	2.3	6.3	7.4	4.9	2.4	
	0.3	0.3	0.4	0.1	0.2	0.1	0.1	0.7	0.4	0.8	0.1	
2. AGRIC.	43	10	6	25	33	17	7	23	15	42	20	246
	17.5	4.1	2.4	10.2	13.4	6.9	2.8	9.3	6.1	17.1	8.1	27.1
	43.0	11.6	7.0	25.0	27.0	45.9	16.3	24.0	27.8	29.2	48.8	
	4.7	1.1	0.7	2.8	3.6	1.9	0.8	2.5	1.7	4.6	2.2	
3. HOUSEWIFE	10	5	22	11	10	3	4	5	6	11	0	87
	11.5	5.7	25.3	12.6	11.5	3.4	4.6	5.7	6.9	12.6	0.0	9.6
	10.0	5.8	25.9	11.0	8.2	8.1	9.3	5.2	11.1	7.6	0.0	
	1.1	0.6	2.4	1.2	1.1	0.3	0.4	0.6	0.7	1.2	0.0	
4. TEACHER/STUD.	0	14	9	4	4	3	4	5	5	1	1	50
	0.0	28.0	18.0	8.0	8.0	6.0	8.0	10.0	10.0	2.0	2.0	5.5
	0.0	16.3	10.5	4.0	3.3	8.1	9.3	5.2	9.3	0.7	2.4	
	0.0	1.5	1.0	0.4	0.4	0.3	0.4	0.6	0.6	0.1	0.1	
5. CLERGY	5	2	1	1	14	0	2	8	3	4	0	40
	12.5	5.0	2.5	2.5	35.0	0.0	5.0	20.0	7.5	10.0	0.0	4.4
	5.0	2.3	1.2	1.0	11.5	0.0	4.7	8.3	5.6	2.8	0.0	
	0.6	0.2	0.1	0.1	1.5	0.0	0.2	0.9	0.3	0.4	0.0	
6. FORCES.POLICE	1	2	1	5	1	0	1	0	3	8	3	25
	4.0	8.0	4.0	20.0	4.0	0.0	4.0	0.0	12.0	32.0	12.0	2.8
	1.0	2.3	1.2	5.0	0.8	0.0	2.3	0.0	5.6	5.6	7.3	
	0.1	0.2	0.1	0.6	0.1	0.0	0.1	0.0	0.3	0.9	0.3	
7. CLERICAL WORKERS	3	0	0	0	9	0	0	6	1	8	3	30
	10.0	0.0	0.0	0.0	30.0	0.0	0.0	20.0	3.3	26.7	10.0	3.3
	3.0	0.0	0.0	0.0	7.4	0.0	0.0	6.3	1.9	5.6	7.3	
	0.3	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.7	0.1	0.9	0.3	
8. EMPL.	11	15	4	0	0	4	1	2	0	2	1	40
	27.5	37.5	10.0	0.0	0.0	10.0	2.5	5.0	0.0	5.0	2.5	4.4
	11.0	17.4	4.7	0.0	0.0	10.8	2.3	2.1	0.0	1.4	2.4	
	1.2	1.7	0.4	0.0	0.0	0.4	0.1	0.2	0.0	0.2	0.1	
9. SALE	9	18	7	9	12	6	3	8	5	12	4	93
	9.7	19.4	7.5	9.7	12.9	6.5	3.2	8.6	5.4	12.9	4.3	10.2
	9.0	20.9	8.1	9.0	9.8	16.2	7.0	8.3	9.3	8.3	9.8	
	1.0	2.0	0.8	1.0	1.3	0.7	0.3	0.9	0.6	1.3	0.4	
10. LABORS	6	9	11	22	29	1	17	14	3	24	5	142
	4.2	6.3	7.7	16.2	20.4	0.7	12.0	9.9	2.1	16.9	3.5	15.6
	6.0	10.5	12.8	23.0	23.8	2.7	39.5	14.6	5.6	16.7	12.2	
	0.7	1.0	1.2	2.5	3.2	0.1	1.9	1.5	0.3	2.6	0.6	
11. CRAFTSMEN	0	4	4	2	0	0	2	1	2	5	0	20
	0.0	20.0	20.0	10.0	0.0	0.0	10.0	5.0	10.0	25.0	0.0	2.2
	0.0	4.7	4.7	2.0	0.0	0.0	4.7	1.0	3.7	3.5	0.0	
	0.0	0.4	0.4	0.2	0.0	0.0	0.2	0.1	0.2	0.6	0.0	
COLUMN TOTAL	100	86	86	99	122	37	43	96	54	144	41	908
	11.0	9.5	9.5	11.0	13.4	4.1	4.7	10.6	5.9	15.8	4.5	100.0

Tabelle A 37: FOLGEPATIENTEN: Verteilung nach Beruf und Krankenhaus

CROSSTABULATION OF VAR009 PT-BERUF BY VAR101 KH PAGE 1 OF 4

VAR009 PT-BERUF	COUNT / ROW PCT / COL PCT / TOT PCT	KH 0	KH 1	KH 2	KH 3	KH 4	KH 5	KH 6	KH 7	KH 8	KH 9	KH 10	ROW TOTAL
		0.1	1.1	2.1	3.1	4.1	5.1	6.1	7.1	8.1	9.1	10.1	
0. NO INF.NOT IDENT		2	2	2	1	1	0	1	32	10	18	2	71
		2.8	2.8	2.8	1.4	1.4	0.0	1.4	45.1	14.1	25.4	2.8	10.2
		11.8	3.8	11.1	8.3	4.0	0.0	1.8	15.7	10.9	11.7	3.4	
		0.3	0.3	0.3	0.1	0.1	0.0	0.1	4.6	1.4	2.6	0.3	
1. NO OCC.INVEMPL.RE		1	5	1	3	0	0	3	4	7	7	5	36
		2.8	13.9	2.8	8.3	0.0	0.0	8.3	11.1	19.4	19.4	13.9	5.2
		5.9	9.4	5.6	25.0	0.0	0.0	5.5	2.0	7.6	4.5	8.5	
		0.1	0.7	0.1	0.4	0.0	0.0	0.4	0.6	1.0	1.0	0.7	
2. AGRIC.		4	6	2	5	3	2	5	34	30	47	16	154
		2.6	3.9	1.3	3.2	1.9	1.3	3.2	22.1	19.5	30.5	10.4	22.2
		23.5	11.3	11.1	41.7	12.0	25.0	9.1	10.9	32.6	30.5	27.1	
		0.5	0.9	0.3	0.7	0.4	0.3	0.7	4.9	4.3	6.8	2.3	
3. HOUSEWIFE		3	8	4	0	4	1	14	10	5	11	3	63
		4.8	12.7	6.3	0.0	6.3	1.6	22.2	15.9	7.9	17.5	4.8	9.1
		17.6	15.1	22.2	0.0	16.0	12.5	25.5	5.0	5.4	7.1	5.1	
		0.4	1.2	0.6	0.0	0.6	0.1	2.0	1.4	0.7	1.6	0.4	
4. TEACHER,STUD.		0	6	3	0	2	0	2	11	3	2	1	30
		0.0	20.0	10.0	0.0	6.7	0.0	6.7	36.7	10.0	6.7	3.3	4.3
		0.0	11.3	16.7	0.0	8.0	0.0	3.6	5.5	3.3	1.3	1.7	
		0.0	0.9	0.4	0.0	0.3	0.0	0.3	1.6	0.4	0.3	0.1	
5. CLERGY		3	0	0	0	5	2	1	51	12	12	8	93
		3.2	0.0	0.0	0.0	5.9	2.2	1.1	54.8	12.9	12.9	8.5	13.4
		17.6	0.0	0.0	0.0	20.0	25.0	1.8	25.4	10.9	7.8	13.6	
		0.4	0.0	0.0	0.0	0.7	0.3	0.1	7.3	1.6	1.7	1.2	
6. FORCES,POLICE		1	0	0	0	1	0	4	4	2	8	1	21
		4.8	0.0	0.0	0.0	4.8	0.0	19.0	19.0	9.5	38.1	4.8	3.0
		5.9	0.0	0.0	0.0	4.0	0.0	7.3	2.0	2.2	5.2	1.7	
		0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.5	0.5	0.3	1.2	0.1	
7. CLERICAL WORKERS		0	0	0	0	0	0	0	17	11	13	4	45
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	37.8	24.4	28.9	8.9	6.5
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.5	12.0	9.4	6.8	
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.4	1.6	1.9	0.6	
8. EMPL.		2	7	1	0	0	2	3	0	0	1	0	16
		12.5	43.8	6.3	0.0	0.0	12.5	18.8	0.0	0.0	6.3	0.0	2.3
		11.8	13.2	5.6	0.0	0.0	25.0	5.5	0.0	0.0	0.6	0.0	
		0.3	1.0	0.1	0.0	0.0	0.3	0.4	0.0	0.0	0.1	0.0	
9. SALE		1	8	2	0	2	1	4	14	7	14	2	55
		1.8	14.5	3.6	0.0	3.6	1.8	7.3	25.5	12.7	25.5	3.6	7.9
		5.9	15.1	11.1	0.0	8.0	12.5	7.3	7.0	7.6	9.1	3.4	
		0.1	1.2	0.3	0.0	0.3	0.1	0.5	2.0	1.0	2.0	0.3	
10. LABORS		0	9	3	3	5	0	17	21	7	18	14	98
		0.0	9.2	3.1	3.1	5.1	0.0	17.3	21.4	7.1	18.4	14.3	14.1
		0.0	17.0	16.7	25.0	20.0	0.0	30.9	10.4	7.6	11.7	23.7	
		0.0	1.3	0.4	0.4	0.7	0.0	2.4	3.0	1.0	2.6	2.0	
11. CRAFTSMEN		0	2	0	0	0	0	1	3	0	3	3	12
		0.0	18.2	0.0	0.0	0.0	0.0	9.1	18.2	0.0	27.3	27.3	1.7
		0.0	3.8	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	1.0	0.0	1.9	5.1	
		0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.0	0.4	0.4	
COLUMN TOTAL		17	53	18	12	25	8	55	201	92	154	59	694
		2.4	7.6	2.6	1.7	3.6	1.2	7.9	29.0	13.3	22.2	8.5	100.0

Tabelle A38: ERSTPATIENTEN: Verteilung nach Alter des Arztes und Krankenhaus

```
* * * * * * * * * * * * * * * * * *  C R O S S T A B U L A T I O N   O F  * * * * * * * * * * * * * * * * * *
  VAR019    ARZT-ALTER                                     BY  VAR101     KH
* * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *  PAGE  1 OF  4
```

VAR019 (COUNT / ROW PCT / COL PCT / TOT PCT)	VAR101 KH 0, 0.	KH 1, 1.	KH 2, 2.	KH 3, 3.	KH 4, 4.	KH 5, 5.	KH 6, 6.	KH 7, 7.	KH 8, 8.	KH 9, 9.	KH 10, 10.	ROW TOTAL
0. YOUNGER 25 YRS	0	0	24	0	0	0	0	0	0	1	0	25
	0.0	0.0	96.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0	0.0	2.8
	0.0	0.0	27.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	
	0.0	0.0	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	
1. 25 - 30 YRS	15	20	4	0	0	0	0	0	1	41	0	81
	18.5	24.7	4.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	50.6	0.0	8.9
	15.0	23.3	4.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9	28.5	0.0	
	1.7	2.2	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	4.5	0.0	
2. 31 - 35 YRS	34	27	0	26	0	0	3	0	10	20	10	130
	26.0	20.6	0.0	20.6	0.0	0.0	2.3	0.0	7.6	15.3	7.6	14.4
	34.0	31.4	0.0	27.0	0.0	0.0	7.0	0.0	18.5	13.9	24.4	
	3.7	3.0	0.0	3.0	0.0	0.0	0.3	0.0	1.1	2.2	1.1	
3. 36 - 40 YRS	31	0	9	37	35	0	3	69	37	82	12	315
	9.8	0.0	2.9	11.7	11.1	0.0	1.0	21.9	11.7	26.0	3.8	34.7
	31.0	0.0	10.5	37.0	28.7	0.0	7.0	71.9	68.5	56.9	29.3	
	3.4	0.0	1.0	4.1	3.9	0.0	0.3	7.6	4.1	9.0	1.3	
4. 41-45YRS	20	17	41	33	85	0	11	0	5	0	19	233
	8.6	7.3	17.6	14.2	36.9	0.0	4.7	0.0	2.5	0.0	8.2	25.6
	20.0	19.8	47.7	33.0	70.5	0.0	25.6	0.0	11.1	0.0	46.3	
	2.2	1.9	4.5	3.6	9.5	0.0	1.2	0.0	0.7	0.0	2.1	
5. 46-50YRS	0	0	8	3	1	0	25	27	0	0	0	65
	0.0	0.0	12.3	4.6	1.5	0.0	40.0	41.5	0.0	0.0	0.0	7.2
	0.0	0.0	9.3	3.0	0.8	0.0	60.5	28.1	0.0	0.0	0.0	
	0.0	0.0	0.9	0.3	0.1	0.0	2.9	3.0	0.0	0.0	0.0	
6. 51-55YRS	0	0	0	0	0	37	0	0	0	0	0	37
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.1
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
7. 56-60YRS	0	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.4
	0.0	25.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	0.0	2.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
COLUMN TOTAL	100	86	85	99	122	37	43	96	54	144	41	908
	11.0	9.5	9.5	11.0	13.4	4.1	4.7	10.6	5.9	15.8	4.5	100.0

Tabelle A39: FOLGEPATIENTEN: Verteilung nach Alter des Arztes und Krankenhaus

* C R O S S T A B U L A T I O N O F * * * * * * * * * * * * * * * * * * *
VAR019 ARZT-ALTER BY VAR101 KH
* PAGE 1 OF 4

VAR019	COUNT / ROW PCT / COL PCT / TOT PCT	KH 0.	KH 1.	KH 2.	KH 3.	KH 4.	KH 5.	KH 6.	KH 7.	KH 8.	KH 9.	KH 10.	ROW TOTAL
		0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	
0.		0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
YOUNGER 25 YRS		0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
		0,0	0,0	22,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
		0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
1.		2	23	7	0	0	0	0	1	0	45	0	78
25 - 30 YRS		2,6	29,5	9,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	57,7	0,0	11,2
		11,8	43,4	38,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	29,2	0,0	
		0,3	3,3	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	6,5	0,0	
2.		9	16	0	2	0	0	2	1	25	24	23	102
31 - 35 YRS		8,8	15,7	0,0	2,0	0,0	0,0	2,0	1,0	24,5	23,5	22,5	14,7
		52,9	30,2	0,0	16,7	0,0	0,0	3,6	0,5	27,2	15,6	37,0	
		1,3	2,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,3	0,1	3,6	3,5	3,3	
3.		2	0	3	6	5	0	6	159	54	85	17	340
36 - 40 YRS S		0,6	0,0	0,9	1,8	2,4	0,0	1,8	46,8	15,9	25,0	5,0	49,0
		11,8	0,0	16,7	50,0	32,0	0,0	10,9	79,1	58,7	55,2	28,8	
		0,3	0,0	0,4	0,9	1,2	0,0	0,9	22,9	7,8	12,2	2,4	
4.		4	12	4	2	17	0	7	0	13	0	17	76
41-45YRS		5,3	15,8	5,3	2,6	22,4	0,0	9,2	0,0	17,1	0,0	22,4	11,0
		23,5	22,6	22,2	16,7	68,0	0,0	12,7	0,0	14,1	0,0	28,8	
		0,6	1,7	0,6	0,3	2,4	0,0	1,0	0,0	1,9	0,0	2,4	
5.		0	0	0	2	0	0	40	40	0	0	2	84
46-50YRS		0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	47,6	47,6	0,0	0,0	2,4	12,1
		0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	72,7	19,9	0,0	0,0	3,4	
		0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	5,8	5,8	0,0	0,0	0,3	
6.		0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	8
51-55YRS		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
7.		0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
56-60YRS		0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
		0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
		0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
COLUMN TOTAL		17	53	18	12	25	8	55	201	92	154	59	694
		2,4	7,6	2,6	1,7	3,6	1,2	7,9	29,0	13,3	22,2	8,5	100,0

Tabelle A40: ERSTPATIENTEN: Verteilung nach Geschlecht des Arztes und Krankenhaus

```
* * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *  C R O S S T A B U L A T I O N   O F  * * * * * * * * * * * * * * * * * * *
  VAR020    ARZT-SEX                                     BY   VAR101    KH
* * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * PAGE 1 OF 2
```

VAR020	VAR101 COUNT / ROW PCT / COL PCT / TOT PCT	KH 0, 0.	KH 1, 1.	KH 2, 2.	KH 3, 3.	KH 4, 4.	KH 5, 5.	KH 5, 6.	KH 7, 7.	KH 8, 8.	KH 9, 9.	KH 10 10.	ROW TOTAL
MAENNL.,	1.	81	66	59	79	87	37	40	69	54	73	31	676
		12.0	9.7	8.7	11.8	12.9	5.5	5.9	10.2	8.0	10.8	4.6	74.5
		81.0	76.7	68.6	80.0	71.3	100.0	93.0	71.9	100.0	50.7	75.6	
		8.9	7.3	6.5	8.8	9.5	4.1	4.4	7.6	5.9	8.0	3.4	
WEIBL.	2.	19	20	27	20	35	0	3	27	0	71	10	232
		8.2	8.6	11.6	8.6	15.1	0.0	1.3	11.6	0.0	30.6	4.3	25.5
		19.0	23.3	31.4	20.0	28.7	0.0	7.0	28.1	0.0	49.3	24.4	
		2.1	2.2	3.0	2.2	3.9	0.0	0.3	3.0	0.0	7.8	1.1	
	COLUMN TOTAL	100	86	86	99	122	37	43	96	54	144	41	908
		11.0	9.5	9.5	11.0	13.4	4.1	4.7	10.6	5.9	15.8	4.5	100.0

Tabelle A41: FOLGEPATIENTEN: Verteilung nach Geschlecht des Arztes und Krankenhaus

* * * * * * * * * * * * * * * * * * C R O S S T A B U L A T I O N O F * * * * * * * * * * * * * * * * * *
VAR020 ARZT-SEX BY VAR101 KH
* PAGE 1 OF 2

VAR020	COUNT / ROW PCT / COL PCT / TOT PCT	VAR101: KH 0, 0.	KH 1, 1.	KH 2, 2.	KH 3, 3.	KH 4, 4.	KH 5, 5.	KH 6, 6.	KH 7, 7.	KH 8, 8.	KH 9, 9.	KH 10 10.	ROW TOTAL
MAENNL.	1.	12	30	14	10	15	8	49	161	92	85	36	512
		2.3	5.9	2.7	2.0	2.9	1.6	9.6	31.4	18.0	16.6	7.0	73.8
		70.6	56.6	77.8	83.3	60.0	100.0	89.1	80.1	100.0	55.2	61.0	
		1.7	4.3	2.0	1.4	2.2	1.2	7.1	23.2	13.3	12.2	5.2	
WEIBL.	2.	5	23	4	2	10	0	6	40	0	69	23	182
		2.7	12.6	2.2	1.1	5.5	0.0	3.3	22.0	0.0	37.9	12.6	26.2
		29.4	43.4	22.2	16.7	40.0	0.0	10.9	19.9	0.0	44.8	39.0	
		0.7	3.3	0.6	0.3	1.4	0.0	0.9	5.8	0.0	9.9	3.3	
	COLUMN TOTAL	17	53	18	12	25	8	55	201	92	154	59	694
		2.4	7.6	2.6	1.7	3.6	1.2	7.9	29.0	13.3	22.2	8.5	100.0

lle A42: Meßwertsummen, Mittelwerte und Gruppenumfänge für den 6 x 4 faktoriellen Plan der Variablen Symptome und Berufe der Patienten. Meßwert: GABW von Erstpatienten

UFSGRUPPEN		SYMPTOMGRUPPEN				SUMME	SD	TOTAL
IENTEN		S1	S2	S3	S4	S1 - S4	S D	
Landwirt. Berufe, Hausfrauen	$\bar{X}$	55.28	61.72	60.50	56.15	59.79	49.10	58.36
	N	43	194	26	54	317	49	366
		2377	11973	1573	3032	18955	2406	21361
Angestellte, Handwerker, Verkauf	$\bar{X}$	60.96	61.00	68.14	67.32	67.15	67.00	67.13
	N	24	70	14	28	136	17	
		1463	4270	954	2445	9132	1139	10271
Arbeiter	$\bar{X}$	54.41	53.51	79.50	56.62	56.47	51.78	55.46
	N	22	79	12	21	134	37	171
		1197	4227	954	1189	7567	1916	9483
Lehrer, Studenten	$\bar{X}$	53.88	77.08		87.57	74.28	35.00	66.42
	N	8	25		7	40	10	50
		431	1927		613	2971	350	3321
Mönche	$\bar{X}$	33.83	35.67	80.67	37.33	39.73	23.57	36.90
	N	6	18	3	6	33	7	40
		203	642	242	224	1311	165	1476
Armee, Polizei	$\bar{X}$	71.25	55.27			55.60	44.60	61.40
	N	8	11		1	20	5	25
		570	608		134	1312	223	1535
ME 81 - 85	$\bar{X}$	56.23	59.56	67.69	55.27	60.66	49.59	58.94
	N	111	397	55	117	680	125	805
		6241	23647	3723	7637	41248	6199	47447
keine Info. zu Berufen	$\bar{X}$	47.75	62.80	62.70	80.50	62.32	58.56	61.67
	N	12	55	10	8	85	18	103
		573	3454	627	644	5298	1054	6352
TAL	$\bar{X}$	55.40	59.96	66.92	66.25	60.84	50.72	59.25
	N	123	452	65	125	765	143	908
		6814	27101	4350	8281	46545	7253	53799

Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse: Meßvariable: GABW; unabhängige Variablen: Symptome und Berufe von Erstpatienten

Varianzquelle	Quadratsumme	FG	Mittl. Quadrat	F	p
Symptome	8895.442	3	2965.147	1.473	n.s.
Berufe	31701.985	5	6340.397	3.149	.008
Wechselwirkung Symptome X Beruf	31993.875	13	2461.067	1.222	n.s.
innerhalb	1324694.115	659	2013.213		
TOTAL	1396258.847	679	2056.348		

Tabelle A 43: Verteilung von Erst- und Folgepatienten nach Beruf, Geschlecht und Symptomen

BERUFSGRUPPEN/ GESCHLECHT		Erstpatienten S1 n	S2 n	S3 n	S4 n	SUMME n	%	Folgepatienten S1 n	S2 n	S3 n	S4 n	SUMME n	%	TOTAL N	%
B1 ohne Beschäftigung	m	1	9	1	4	15	55.6	–	10	1	2	13	50.0	28	52.8
	w	1	8	2	1	12	44.4	2	10	1	–	13	50.0	25	47.2
	Summe	2	17	3	5	27	100.0	2	20	2	2	26	100.0	53	100.0
						50.9						49.1		100.0	
B2 Bauern u. verwandte Berufe	m	15	42	9	17	83	38.4	6	42	6	8	62	53.0	145	43.5
	w	15	85	10	23	133	61.6	4	33	7	11	55	47.0	188	56.5
	Summe	30	127	19	40	216	100.0	10	75	13	19	117	100.0	333	100.0
						64.9						35.1		100.0	
B3 Hausfrauen	w	11	50	4	99	74	100.0	5	26	5	6	42	42	116	100.0
	Summe	11	50	4	9	74	100.0	5	26	5	6	42	100.0	116	100.0
						63.9						36.2		100.0	
B 4 Lehrer u. Studenten	m	3	10	–	3	16	40.0	1	7	–	1	9	52.9	25	43.9
	w	5	15	–	4	24	60.0	1	4	2	1	8	47.1	32	56.1
	Summe	8	25	–	7	40	100.0	2	11	2	2	17	100.0	57	100.0
						70.2						29.8		100.0	
B5 Mönche	m	5	15	2	6	28	84.9	6	16	4	7	33	84.6	61	84.7
	w	1	3	1	–	5	15.1	1	3	1	1	6	15.4	11	15.3
	Summe	6	18	3	6	33	100.0	7	19	5	8	39	100.0	72	100.0
						45.8						54.2		100.0	
B6 Armee u. Polizei	m	8	10	–	1	19	95.0	1	8	1	1	11	91.2	30	93.8
	w	–	1	–	–	1	5.0	–	–	–	–	1	8.8	2	6.2
	Summe	8	11	–	1	20	100.0	1	8	1	1	12	100.0	32	100.0
						62.5						37.5		100.0	
B7 Büro-arbeiter	m	–	10	1	2	15	68.2	–	7	–	2	9	33.3	24	49.0
	w	1	6	–	–	7	31.8	3	15	–	–	18	66.7	25	51.0
	Summe	3	16	1	2	22	100.0	3	22	–	2	27	100.0	49	100.0
						44.9						55.1		100.0	
B8 Angestellte	m	3	9	2	3	17	50.0	2	5	–	1	8	66.7	25	54.4
	w	4	9	1	3	17	50.0	1	2	–	1	4	33.3	21	45.6
	Summe	7	18	3	6	34	100.0	3	7	–	2	12	26	46	100.0
						73.9						26.1		100.0	
B9 Verkauf	m	7	15	3	3	28	33.7	2	12	–	3	17	41.5	45	36.3
	w	7	29	7	12	55	66.3	3	14	3	4	24	58.5	79	63.7
	Summe	14	44	10	15	83	100.0	5	26	3	7	41	100.0	124	100.0
						66.9						33.1		100.0	
B10 Arbeiter	m	14	31	5	9	59	52.7	7	21	3	6	37	63.8	96	56.5
	w	5	32	6	10	53	47.3	1	19	–	1	21	36.2	74	45.5
	Summe	19	63	11	19	112	100.0	8	40	3	7	58	100.0	170	100.0
						65.9						34.1	34.1	100.0	
B11 Handwerker	m	1	4	1	3	9	47.4	1	3	2	1	7	70.0	16	55.2
	w	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	52.6	–	2	–	1	[illegible]	[illegible]	13	44.8
	Summe	[illegible]	8	1	[illegible]	19	100.0	1	[illegible]	2	2	10	100.0	29	100.0
						[illegible].5						[illegible].9		100.0	
SUMME	m	59	155	24	51	289		26	131	17	32	206		495	
	%	53.2	39.0	43.6	43.6	42.5		55.3	50.6	47.2	54.2	51.6		45.8	
	w	52	242	31	66	391		21	128	19	27	195		586	
	%	46.8	61.0	56.4	56.4	57.5		44.7	49.4	52.8	45.8	48.6		54.2	
		111	347	55	117	680		47	255	36	59	401		1081	
% zu Stichproben	m	20.4	53.6	8.3	17.7		100.0	12.6	63.6	8.3	15.5		100.0		
	w	13.3	61.9	7.9	16.9		100.0	10.8	65.6	9.7	13.9		100.0		
	m+w	16.3	58.4	8.1	17.2		100.0	11.7	64.6	9.0	14.7		100.0		
	m						58.4						41.6		100.0
	w						66.7						33.3		100.0
	m+w						62.9						37.1		100.0
		10.3	36.7	5.1	10.8			4.4	24.0	3.3	5.5				100.0
Fehlende Information						228						298		521	

ANHANGSTEIL zu Kapitel 3.5

Tabelle A44: Mittelwerte der Inhaltskategorien der Phasen 1, 2, 3 (N = 2360 Konsultationsgespräche)

VARIABLEN		PHASE 1	PHASE 2	PHASE 3
1 Begrüßung	f	0.536	0.025	0.050
	cm	1.758	0.128	0.270
2 Befragung zur Art des Symptoms	f	3.517	0.601	1.094
	cm	12.121	2.292	3.877
3 Einzelheiten zum akuten Symptom	f	1.999	0.291	0.452
	cm	6.877	0.980	1.519
4 andere Erkrankungen	f	0.126	0.039	0.091
	cm	0.477	0.170	0.346
5 Information zur früh. Behandlung	f	0.999	0.170	0.391
	cm	4.306	0.795	1.724
6 Daten zur persönlichen Situation	f	0.824	0.179	0.537
	cm	3.227	0.699	2.061
7 Erwähnung von Untersuchungen	f	1.064	0.266	0.661
	cm	5.074	1.371	4.051
8 Diagnosenennung	f	0.522	0.226	0.715
	cm	3.488	1.494	5.655
9 Erklärung zur Diagnose	f	0.151	0.047	0.134
	cm	1.056	0.300	0.894
10 Nennung der Krankheitsursache	f	0.308	0.070	0.131
	cm	1.448	0.426	0.954
11 sozio-personale Ursache	f	0.130	0.060	0.097
	cm	0.644	0.328	0.461
12 Ernährung und Lebensweise	f	0.254	0.112	0.237
	cm	1.180	0.539	1.088
13 Nennung der Behandlung	f	0.272	0.167	1.090
	cm	1.487	1.074	6.880
14 Behandlungsmaßnahmen	f	0.301	0.178	1.000
	cm	1.384	1.010	5.84
15 Erklärung zur Behandlung	f	0.141	0.087	0.44
	cm	1.494	0.847	4.56
16 Prognose	f	0.026	0.014	0.04
	cm	0.176	0.091	0.28
17 Verhaltensempfehlungen	f	0.124	0.096	0.39
	cm	0.761	0.578	2.90
18 administrative Hinweise	f	0.293	0.113	1.17
	cm	1.679	0.758	6.96

Tabelle A45: Faktorenladungen der unrotierten Hauptkomponenten-Lösung von Inhaltskategorien der Phase 1 (N = 2360 Konsultationsgespräche)

VARIABLEN		FAKTOR I	FAKTOR II	FAKTOR III	h^2
1 Begrüßung	f	0.222	-0.131	0.074	0.713
	cm	0.261	-0.147	0.091	0.723
2 Befragung zur Art des Symptoms	f	0.622	-0.391	-0.019	0.867
	cm	0.648	-0.388	-0.003	0.866
3 Einzelheiten zum akuten Symptom	f	0.580	-0.436	-0.087	0.880
	cm	0.571	-0.439	-0.042	0.876
4 andere Erkrankungen	f	0.335	0.016	-0.758	0.895
	cm	0.333	0.022	-0.789	0.895
5 Information zur früh. Behandlung	f	0.391	0.066	0.037	0.867
	cm	0.389	0.066	0.028	0.865
6 Daten zur persönlichen Situation	f	0.387	-0.650	0.173	0.855
	cm	0.355	-0.059	0.157	0.849
7 Erwähnung von Untersuchungen	f	0.419	0.003	-0.103	0.755
	cm	0.427	0.034	-0.103	0.753
8 Diagnosenennung	f	0.486	0.377	-0.033	0.730
	cm	0.472	0.387	-0.017	0.757
9 Erklärung zur Diagnose	f	0.273	0.254	-0.091	0.782
	cm	0.256	0.268	-0.097	0.779
10 Nennung der Krankheitsursache	f	0.148	-0.047	0.140	0.786
	cm	0.185	-0.046	0.159	0.792
11 sozio-personale Ursache	f	0.335	-0.156	0.308	0.871
	cm	0.330	-0.146	0.309	0.871
12 Ernährung und Lebensweise	f	0.297	-0.343	0.177	0.909
	cm	0.310	-0.349	0.193	0.911
13 Nennung der Behandlung	f	0.246	0.415	0.066	0.819
	cm	0.267	0.415	0.062	0.821
14 Behandlungsmaßnahmen	f	0.153	0.274	0.053	0.852
	cm	0.178	0.270	0.070	0.851
15 Erklärung zur Behandlung	f	0.339	0.473	0.089	0.690
	cm	0.307	0.427	0.069	0.725
16 Prognose	f	0.246	0.285	-0.037	0.770
	cm	0.249	0.253	-0.090	0.764
17 Verhaltensempfehlungen	f	0.226	0.095	0.210	0.693
	cm	0.219	0.098	0.235	0.698
18 administrative Hinweise	f	0.104	0.400	0.177	0.830
	cm	0.105	0.389	0.186	0.828
Eigenwerte		5.008	3.385	2.326	
% Gesamtvarianz		13.9	9.4	6.5	

Tabelle A46: Faktorenladungen der unrotierten Hauptkomponenten-Lösung von Inhaltskategorien der Phase 2 (N = 2360 Konsultationsgespräche)

VARIABLEN		FAKTOR I	FAKTOR II	FAKTOR III	h^2
1 Begrüßung	f	0.270	0.062	-0.116	0.771
	cm	0.277	0.071	-0.130	0.756
2 Befragung zur Art des Symptoms	f	0.380	-0.653	-0.047	0.612
	cm	0.344	-0.587	-0.053	0.494
3 Einzelheiten zum akuten Symptom	f	0.352	-0.659	-0.037	0.601
	cm	0.318	-0.598	-0.066	0.498
4 andere Erkrankungen	f	0.283	0.019	0.332	0.862
	cm	0.272	0.016	0.323	0.852
5 Information zur früh. Behandlung	f	0.126	0.048	0.076	0.060
	cm	0.125	0.052	0.066	0.055
6 Daten zur persönlichen Situation	f	0.268	-0.125	0.254	0.873
	cm	0.283	-0.108	0.249	0.806
7 Erwähnung von Untersuchungen	f	0.252	-0.256	0.107	0.170
	cm	0.251	-0.208	0.121	0.156
8 Diagnosenennung	f	0.423	0.121	0.178	0.240
	cm	0.400	0.138	0.162	0.215
9 Erklärung zur Diagnose	f	0.190	0.056	0.169	0.107
	cm	0.185	0.060	0.166	0.108
10 Nennung der Krankheitsursache	f	0.150	-0.039	-0.016	0.032
	cm	0.148	-0.020	-0.024	0.029
11 sozio-personale Ursache	f	0.156	0.013	0.013	0.125
	cm	0.147	0.001	0.008	0.090
12 Ernährung und Lebensweise	f	0.401	0.190	-0.576	0.555
	cm	0.424	0.193	-0.579	0.573
13 Nennung der Behandlung	f	0.268	0.215	0.206	0.234
	cm	0.258	0.214	0.210	0.234
14 Behandlungsmaßnahmen	f	0.197	0.216	0.335	0.254
	cm	0.185	0.193	0.323	0.244
15 Erklärung zur Behandlung	f	0.305	0.313	0.232	0.329
	cm	0.288	0.287	0.194	0.270
16 Prognose	f	0.147	0.194	0.147	0.110
	cm	0.141	0.172	0.093	0.080
17 Verhaltensempfehlungen	f	0.460	0.321	-0.454	0.559
	cm	0.439	0.329	-0.407	0.499
18 administrative Hinweise	f	0.037	0.074	0.155	0.041
	cm	0.026	0.075	0.152	0.037
Eigenwerte		2.778	2.474	2.046	
% Gesamtvarianz		22.1	19.7	16.3	

Tabelle A47: Faktorenladungen der unrotierten Hauptkomponenten-Lösung von Inhaltskategorien der Phase 3 (N = 2360 Konsultationsgespräche)

VARIABLEN		FAKTOR I	FAKTOR II	FAKTOR III	h^2
1 Begrüßung	f	0.000	-0.004	-0.000	0.020
	cm	0.000	-0.003	-0.004	0.015
2 Befragung zur Art des Symptoms	f	0.019	0.287	-0.001	0.593
	cm	0.001	0.239	0.018	0.556
3 Einzelheiten zum akuten Symptom	f	0.011	0.326	-0.031	0.576
	cm	0.030	0.178	-0.015	0.485
4 andere Erkrankungen	f	-0.011	0.048	-0.019	0.173
	cm	-0.008	0.054	-0.006	0.147
5 Information zur früh. Behandlung	f	0.013	-0.004	-0.027	0.781
	cm	-0.008	-0.003	-0.013	0.743
6 Daten zur persönlichen Situation	f	0.042	0.004	-0.017	0.124
	cm	0.040	0.014	-0.010	0.131
7 Erwähnung von Untersuchungen	f	-0.059	0.035	0.001	0.436
	cm	-0.042	0.033	-0.009	0.435
8 Diagnosenennung	f	0.073	0.013	0.001	0.192
	cm	0.125	0.026	0.043	0.239
9 Erklärung zur Diagnose	f	-0.017	-0.013	0.012	0.169
	cm	-0.024	-0.018	0.012	0.169
10 Nennung der Krankheitsursache	f	0.039	0.003	0.015	0.051
	cm	0.041	0.007	0.044	0.057
11 sozio-personale Ursache	f	-0.032	0.004	-0.002	0.780
	cm	-0.042	-0.035	-0.013	0.863
12 Ernährung und Lebensweise	f	-0.110	0.030	0.343	0.633
	cm	-0.036	0.011	0.238	0.547
13 Nennung der Behandlung	f	0.100	-0.022	0.019	0.240
	cm	0.107	-0.030	0.048	0.237
14 Behandlungsmaßnahmen	f	0.171	-0.008	-0.037	0.334
	cm	0.195	-0.014	-0.027	0.351
15 Erklärung zur Behandlung	f	0.205	-0.013	-0.014	0.358
	cm	0.147	-0.003	-0.003	0.301
16 Prognose	f	0.156	0.041	-0.046	0.236
	cm	0.159	0.043	-0.057	0.244
17 Verhaltensempfehlungen	f	0.076	-0.055	0.381	0.629
	cm	0.024	-0.014	0.112	0.405
18 administrative Hinweise	f	0.025	-0.039	-0.030	0.269
	cm	0.035	-0.051	-0.015	0.285
Eigenwerte		3.293	2.552	1.914	
% Gesamtvarianz		25.7	19.9	14.9	

Tabelle A48: Stichprobenvergleich für Äußerungshäufigkeiten von Ärzten in Gesprächsphasen bei Erst- und Folgepatienten

VARIABLEN	SR N = 1602		ERSTPATIENTEN N = 908		FOLGEPATIENTEN N = 694		Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede			
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	F	p	t	p
F 11	9.96	8.65	11.76	9.19	7.61	7.24	1.61	0.00	9.79	0.00
F 12	1.48	2.48	1.61	2.56	1.32	2.36	1.18	0.02	2.27	0.02
F 13	1.19	2.33	0.98	2.14	1.47	2.53	1.40	0.00	4.17	0.00
F 21	1.75	2.65	2.08	2.75	1.31	2.43	1.28	0.00	5.87	0.00
F 22	0.60	1.27	0.71	1.41	0.46	1.04	1.85	0.00	3.97	0.00
F 23	0.70	1.40	0.70	1.44	0.70	1.34	1.15	0.05	0.04	0.97
F 31	3.45	3.54	3.75	3.74	3.06	3.22	1.35	0.00	3.87	0.00
F 32	1.48	2.14	1.61	2.19	1.30	2.06	1.13	0.09	2.82	0.01
F 33	4.45	4.21	4.63	4.17	4.22	4.26	1.05	0.51	1.94	0.05

SR = reduzierte Stichprobe aller Konsultationsgespräche mit Patienten ≥ 16 Jahre, deren Geschlecht bekannt war; Interaktionsdauer ≥ 31 Sek.

Tabelle A49: Stichprobenvergleich für Äußerungshäufigkeiten von Ärzten in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Erstpatienten

VARIABLEN	SR N = 1602		ERSTPATIENTEN männlich N = 410		weiblich N = 498		Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede			
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	F	p	t	p
F 11	9.96	8.65	11.28	9.42	12.15	9.00	1.10	0.33	1.43	0.15
F 12	1.48	2.48	1.68	2.58	1.55	2.55	1.03	0.77	0.79	0.43
F 13	1.19	2.33	0.97	2.29	0.99	2.02	1.29	0.01	0.11	0.92
F 21	1.75	2.65	2.01	2.69	2.15	2.81	1.09	0.36	0.75	0.46
F 22	0.60	1.27	0.69	1.51	0.73	1.32	1.31	0.00	0.48	0.63
F 23	0.70	1.40	0.70	1.47	0.71	1.43	1.06	0.57	0.02	0.99
F 31	3.45	3.54	3.56	3.74	3.90	3.74	1.00	1.00	1.33	0.18
F 32	1.48	2.14	1.61	2.27	1.60	2.12	1.15	0.13	0.10	0.92
F 33	4.45	4.21	4.48	4.17	4.75	4.16	1.00	0.98	0.99	0.32

SR = reduzierte Stichprobe aller Konsultationsgespräche mit Patienten ≥ 16 Jahre, deren Geschlecht bekannt war; Interaktionsdauer ≥ 31 Sek.

Tabelle A50: Stichprobenvergleich für Äußerungshäufigkeiten von Ärzten in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Folgepatienten

VARIABLEN	SR N = 1602		FOLGEPATIENTEN männlich N = 379		weiblich N = 315		Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede			
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	F	p	t	p
F 11	9.96	8.65	6.93	7.02	8.44	7.43	1.12	0.30	2.75	0.01
F 12	1.48	2.48	1.20	2.32	1.47	2.40	1.07	0.52	1.50	0.14
F 13	1.19	2.33	1.32	2.22	1.64	2.86	1.66	0.00	1.63	0.10
F 21	1.75	2.65	1.24	2.68	1.39	2.09	1.65	0.00	0.83	0.41
F 22	0.60	1.27	0.42	1.03	0.51	1.05	1.04	0.70	1.12	0.26
F 23	0.70	1.40	0.60	1.17	0.83	1.52	1.69	0.00	2.22	0.03
F 31	3.45	3.54	2.83	3.20	3.33	3.23	1.02	0.87	2.04	0.04
F 32	1.48	2.14	1.18	1.75	1.45	2.38	1.84	0.00	1.73	0.08
F 33	4.45	4.21	3.85	3.78	4.65	4.75	1.58	0.00	2.47	0.01

SR = reduzierte Stichprobe aller Konsultationsgespräche mit Patienten ≥ 16 Jahre, deren Geschlecht bekannt war; Interaktionsdauer ≥ 31 Sek.

Tabelle A51: Stichprobenvergleich für Äußerungshäufigkeiten von Ärzten in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Patienten

VARIABLEN	SR N = 1602		PATIENTEN männlich N = 789		weiblich N = 813		Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede			
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	F	p	t	p
F 11	9.96	8.65	9.19	8.63	10.71	8.61	1.00	0.96	3.54	0.00
F 12	1.48	2.48	1.45	2.47	1.52	2.49	1.02	0.81	0.54	0.59
F 13	1.19	2.33	1.14	2.26	1.24	2.40	1.13	0.10	0.84	0.40
F 21	1.75	2.65	1.64	2.71	1.85	2.58	1.11	0.15	1.63	0.10
F 22	0.60	1.27	0.56	1.31	0.65	1.23	1.14	0.07	1.37	0.17
F 23	0.70	1.40	0.65	1.33	0.75	1.46	1.21	0.01	1.38	0.17
F 31	3.45	3.54	3.21	3.51	3.68	3.56	1.03	0.68	2.63	0.01
F 32	1.48	2.14	1.41	2.05	1.54	2.22	1.17	0.02	1.28	0.20
F 33	4.45	4.21	4.18	4.00	4.71	4.40	1.21	0.01	2.55	0.01

SR = reduzierte Stichprobe aller Konsultationsgespräche mit Patienten $\geq$ 16 Jahre, deren Geschlecht bekannt war; Interaktionsdauer $\geq$ 31 Sek.

Tabelle A52: Stichprobenvergleich für Textlängen der Ärzte in Gesprächsphasen bei Erst- und Folgepatienten

VARIABLEN	SR N = 1602		ERSTPATIENTEN N = 908		FOLGEPATIENTEN N = 694		Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede			
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	F	p	t	p
T 11	37.53	38.10	45.11	41.91	27.60	29.67	2.00	0.00	9.36	0.00
T 12	8.42	17.85	8.91	18.05	7.78	17.59	1.05	0.48	1.25	0.21
T 13	7.15	17.06	6.26	16.92	8.32	17.19	1.03	0.65	2.39	0.02
T 21	7.21	11.29	8.69	12.11	5.27	9.81	1.52	0.00	6.07	0.00
T 22	3.63	9.25	4.35	10.71	2.69	6.77	2.50	0.00	3.58	0.00
T 23	4.66	10.38	4.74	10.69	4.57	9.97	1.15	0.05	0.32	0.75
T 31	14.43	17.12	16.28	18.62	12.00	14.59	1.63	0.00	5.00	0.00
T 32	10.00	17.21	11.21	18.68	8.43	14.94	1.56	0.00	3.21	0.00
T 33	29.27	34.91	31.37	36.52	26.51	32.49	1.26	0.00	2.77	0.01
TS 1	61.36	59.01	68.43	62.19	52.11	53.22	1.37	0.00	5.53	0.00
TS 2	22.45	21.59	25.04	22.75	19.07	19.48	1.37	0.00	5.53	0.00
TS 3	47.37	45.56	52.83	48.01	40.23	41.09	1.37	0.00	5.53	0.00
TI 1	53.10	54.12	60.29	57.93	43.70	47.10	1.51	0.00	6.15	0.00
TI 2	15.51	19.76	17.78	21.38	12.53	16.97	1.59	0.00	5.31	0.00
TI 3	53.70	48.77	58.86	50.54	46.94	45.51	1.23	0.00	4.88	0.00

SR = reduzierte Stichprobe aller Konsultationsgespräche mit Patienten ≥ 16 Jahre, deren Geschlecht bekannt war; Interaktionsdauer ≥ 31 Sek.

TS = Textlänge (Sollwert) für Gesprächsphasen
TI = Textlänge (Istwert) für Gesprächsphasen

Tabelle A53: Stichprobenvergleich für Textlängen der Ärzte in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Erstpatienten

VARIABLEN	SR		ERSTPATIENTEN männl.		weibl.		Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede			
	N = 1602		N = 410		N = 498					
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	F	p	t	p
T 11	37.53	38.10	43.63	43.46	46.33	40.58	1.15	0.15	0.97	0.33
T 12	8.42	17.85	8.81	16.12	8.99	19.50	1.46	0.00	0.14	0.89
T 13	7.15	17.06	5.92	18.58	6.55	15.43	1.45	0.00	0.56	0.57
T 21	7.21	11.29	8.59	12.33	8.78	11.93	1.07	0.48	0.23	0.82
T 22	3.63	9.25	4.02	10.14	4.62	11.16	1.21	0.05	0.84	0.40
T 23	4.66	10.38	4.71	10.91	4.76	10.51	1.08	0.43	0.06	0.95
T 31	14.43	17.12	15.78	18.97	16.69	18.34	1.07	0.47	0.73	0.47
T 32	10.00	17.21	11.06	16.97	11.33	19.99	1.39	0.00	0.22	0.83
T 33	29.27	34.91	30.84	38.67	31.81	34.69	1.24	0.02	0.40	0.69
TS 1	61.36	59.01	66.37	65.41	70.13	59.42	1.21	0.04	0.91	0.37
TS 2	22.45	21.59	24.29	23.93	25.66	21.74	1.21	0.04	0.91	0.37
TS 3	47.37	45.56	51.24	50.50	54.14	45.88	1.21	0.04	0.91	0.37
TI 1	53.10	54.12	58.36	60.82	61.87	55.44	1.20	0.05	0.91	0.36
TI 2	15.51	19.76	17.33	22.68	18.16	20.27	1.25	0.02	0.58	0.56
TI 3	53.70	48.77	57.68	53.64	59.83	47.87	1.26	0.02	0.64	0.53

SR = reduzierte Stichprobe aller Konsultationsgespräche mit Patienten ≥ 16 Jahre, deren Geschlecht bekannt war; Interaktionsdauer ≥ 31 Sek.

TS = Textlänge (Sollwert) für Gesprächsphasen
TI = Textlänge (Istwert) für Gesprächsphasen

Tabelle A54: Stichprobenvergleich für Textlängen der Ärzte in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Folgepatienten

VARIABLEN	SR N = 1602		FOLGEPATIENTEN männlich N = 379		weiblich N = 315		Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede			
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	F	p	t	p
T 11	37.53	38.10	24.18	28.97	31.72	30.02	1.07	0.51	3.36	0.00
T 12	8.42	17.85	6.98	17.88	8.75	17.22	1.08	0.49	1.32	0.19
T 13	7.15	17.06	7.17	14.62	9.71	19.78	1.83	0.00	1.94	0.05
T 21	7.21	11.29	4.84	10.50	5.80	8.90	1.39	0.00	1.29	0.20
T 22	3.63	9.25	2.32	6.26	3.14	7.31	1.36	0.00	1.59	0.11
T 23	4.66	10.38	3.78	8.52	5.52	11.42	1.80	0.00	2.29	0.02
T 31	14.43	17.12	10.79	14.47	13.46	14.62	1.02	0.84	2.41	0.02
T 32	10.00	17.21	7.17	13.28	9.94	16.61	1.56	0.00	2.45	0.02
T 33	29.27	34.91	23.60	31.08	30.02	33.82	1.18	0.12	2.60	0.01
TS 1	61.36	59.01	45.72	49.34	59.81	56.68	1.32	0.01	3.50	0.00
TS 2	22.45	21.59	16.73	18.06	21.88	20.74	1.32	0.01	3.50	0.00
TS 3	47.37	45.56	35.30	38.10	46.17	43.75	1.32	0.01	3.50	0.00
TI 1	53.10	54.12	38.33	44.25	50.18	49.63	1.26	0.03	3.32	0.00
TI 2	15.51	19.76	10.94	16.02	14.45	17.88	1.24	0.04	2.73	0.01
TI 3	53.70	48.77	41.55	43.39	53.41	47.20	1.18	0.12	3.44	0.00

SR = reduzierte Stichprobe aller Konsultationsgespräche mit Patienten ≥ 16 Jahre, deren Geschlecht bekannt war; Interaktionsdauer ≥ 31 Sek.

TS = Textlänge (Sollwert) für Gesprächsphasen
TI = Testlänge (Istwert) für Gesprächsphasen

Tabelle A55: Stichprobenvergleich für Textlängen der Ärzte in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Patienten

VARIABLEN	SR N = 1602		WEIBLICHE PATIENTEN Erstpatienten N = 498		Folgepatienten N = 315		Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwerteunterschiede			
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	F	p	t	p
T 11	37.53	38.10	46.33	40.58	31.72	30.02	1.83	0.00	5.51	0.00
T 12	8.42	17.85	8.99	19.50	8.75	17.22	1.28	0.02	0.18	0.86
T 13	7.15	17.06	6.55	15.43	9.71	19.78	1.64	0.00	2.54	0.01
T 21	7.21	11.29	8.78	11.93	5.80	8.90	1.80	0.00	3.81	0.00
T 22	3.63	9.25	4.62	11.16	3.14	7.31	2.33	0.00	2.10	0.04
T 23	4.66	10.38	4.76	10.51	5.52	11.42	1.18	0.10	0.97	0.33
T 31	14.43	17.12	16.69	18.34	13.46	14.62	1.57	0.00	2.64	0.01
T 32	10.00	17.21	11.33	19.99	9.94	16.61	1.45	0.00	1.03	0.30
T 33	29.27	34.91	31.81	34.69	30.02	33.82	1.05	0.62	0.73	0.47
TS 1	61.36	59.01	70.13	59.42	59.81	56.68	1.10	0.36	2.46	0.01
TS 2	22.45	21.59	25.66	21.74	21.88	20.74	1.10	0.36	2.46	0.01
TS 3	47.37	45.56	54.14	45.88	46.17	43.75	1.10	0.36	2.46	0.01
TI 1	53.10	54.12	61.87	55.44	50.18	49.63	1.25	0.03	3.05	0.00
TI 2	15.51	19.76	18.16	20.27	14.45	17.88	1.29	0.00	2.65	0.01
TI 3	53.70	48.77	59.83	47.87	53.41	47.20	1.03	0.79	1.87	0.06

SR = reduzierte Stichprobe aller Konsultationsgespräche mit Patienten ≥ 16 Jahre, deren Geschlecht bekannt war; Interaktionsdauer ≥ 31 Sek.

TS = Textlänge (Sollwert) für Gesprächsphasen
TI = Textlänge (Istwert) für Gesprächsphasen

Tabelle A56: Stichprobenvergleich für Textlängen der Ärzte in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Erst- und Folgepatienten

VARIABLEN	SR		MÄNNLICHE PATIENTEN							
	N = 1602		Erstpatienten N = 410		Folgepatienten N = 379		Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede			
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	F	p	t	p
T 11	37.53	38.10	43.63	43.46	24.18	28.97	2.25	0.00	7.34	0.00
T 12	8.42	17.85	8.81	16.12	6.98	17.88	1.23	0.04	1.51	0.13
T 13	7.15	17.06	5.92	18.58	77.17	14.62	1.62	0.00	1.05	0.30
T 21	7.21	11.29	8.59	12.33	4.84	10.50	1.38	0.00	4.59	0.00
T 22	3.63	9.25	4.02	10.14	2.32	6.27	2.62	0.00	2.82	0.01
T 23	4.66	10.38	4.71	10.91	3.78	8.52	1.64	0.00	1.33	0.19
T 31	14.43	17.12	15.78	18.97	10.79	14.47	1.72	0.00	4.13	0.00
T 32	10.00	17.21	11.06	16.97	7.17	13.28	1.63	0.00	3.57	0.00
T 33	29.27	34.91	30.84	38.67	23.60	31.08	1.55	0.00	2.89	0.00
TS 1	61.36	59.01	66.37	65.41	45.72	49.34	1.76	0.00	4.97	0.00
TS 2	22.45	21.59	24.29	23.93	16.73	18.06	1.76	0.00	4.98	0.00
TS 3	47.37	45.56	51.24	50.50	35.30	38.10	1.76	0.00	4.97	0.00
TI 1	53.10	54.12	58.36	60.82	38.33	44.25	1.89	0.00	5.26	0.00
TI 2	15.51	19.76	17.33	22.68	10.94	16.02	2.00	0.00	4.54	0.00
TI 3	53.70	48.77	57.68	53.64	41.55	43.39	1.53	0.00	4.62	0.00

SR = reduzierte Stichprobe aller Konsultationsgespräche mit Patienten ≥ 16 Jahre, deren Geschlecht bekannt war; Interaktionsdauer ≥ 31 Sek.

TS = Textlänge (Sollwert) für Gesprächsphasen
TI = Textlänge (Istwert) für Gesprächsphasen

Tabelle A57: Stichprobenvergleich für Textlängen der Ärzte in Gesprächsphasen bei weiblichen Erst- und Folgepatienten

VARIABLEN	SR N = 1602		männl. Ptn. N = 789		weibl. Ptn. N = 813		Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede			
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	F	p	t	p
T 11	37.53	38.10	34.29	38.44	40.67	37.51	1.05	0.49	3.36	0.00
T 12	8.42	17.85	7.93	17.00	8.90	18.64	1.20	0.01	1.08	0.28
T 13	7.15	17.06	6.52	16.80	7.77	17.30	1.06	0.40	1.47	0.14
T 21	7.21	11.29	6.79	11.63	7.62	10.95	1.13	0.09	1.48	0.14
T 22	3.63	9.25	3.21	8.54	4.05	9.87	1.33	0.00	1.82	0.07
T 23	4.66	10.38	4.26	9.84	5.05	10.87	1.22	0.01	1.52	0.13
T 31	14.43	17.12	13.39	17.13	15.44	17.06	1.01	0.91	2.40	0.02
T 32	10.00	17.21	9.19	15.42	10.79	18.76	1.48	0.00	1.87	0.06
T 33	29.27	34.91	27.36	35.39	31.12	34.35	1.06	0.40	2.15	0.03
TS 1	61.36	59.01	56.45	59.12	66.13	58.56	1.02	0.79	3.29	0.00
TS 2	22.45	21.59	20.66	21.63	24.20	21.43	1.02	0.79	3.29	0.00
TS 3	47.37	45.56	43.58	45.64	51.05	45.21	1.02	0.79	3.29	0.00
TI 1	53.10	54.12	48.74	54.40	57.34	53.54	1.03	0.65	3.19	0.00
TI 2	15.51	19.76	14.26	20.01	16.72	19.45	1.06	0.42	2.50	0.01
TI 3	53.70	48.77	49.94	49.61	57.34	47.69	1.08	0.26	3.05	0.00

SR = reduzierte Stichprobe aller Konsultationsgespräche mit Patienten $\geq$ 16 Jahre, deren Geschlecht bekannt war; Interaktionsdauer $\geq$ 31 Sek.

TS = Textlänge (Sollwert) für Gesprächsphasen
TI = Textlänge (Istwert) für Gesprächsphasen

Tabelle A58: Stichprobenvergleich für Ausführlichkeit der Ärzte in Gesprächsphasen bei Erst- und Folgepatienten

VARIABLEN	S_R N = 1602		ERSTPATIENTEN N = 908		FOLGEPATIENTEN N = 694		Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede			
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	F	p	t	p
DPTSI 1	8.68	9.75	7.35	8.09	10.42	11.34	1.97	0.00	6.32	0.00
DPTSI 2	7.43	6.36	6.79	6.09	8.26	6.62	1.18	0.02	4.63	0.00
DPTSI 3	-9.05	15.35	-7.96	13.51	-10.47	17.38	1.65	0.00	3.25	0.00
TF 11	3.43	1.61	3.59	1.48	3.22	1.73	1.36	0.00	4.63	0.00
TF 12	2.56	3.60	2.68	3.50	2.39	3.71	1.12	0.10	1.61	0.11
TF 13	2.29	3.91	2.19	4.21	2.42	3.49	1.45	0.00	1.17	0.24
TF 21	2.48	2.99	2.79	3.10	2.07	2.80	1.23	0.00	4.78	0.00
TF 22	1.76	3.64	2.02	3.71	1.43	3.51	1.12	0.12	3.20	0.00
TF 23	2.19	4.27	2.18	4.34	2.20	4.17	1.08	0.27	0.09	0.93
TF 31	3.53	3.23	3.72	3.14	3.29	3.34	1.13	0.08	2.65	0.01
TF 32	3.94	5.90	4.44	6.53	3.28	4.88	1.79	0.00	3.92	0.00
TF 33	5.62	4.25	5.99	4.35	5.14	4.08	1.14	0.07	3.96	0.00

S_R = reduzierte Stichprobe aller Konsultationsgespräche mit Patienten ≥ 16 Jahre, einer Interaktionsdauer ≥ 31 Sek. und deren Geschlecht bekannt war.

DPTSI= Differenz der Textlängen (Soll- und Ist-Wert) für Gesprächsphasen

Tabelle A59: Stichprobenvergleich für Ausführlichkeit der Ärzte in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Erstpatienten

VARIABLEN		SR N = 1602		ERSTPATIENTEN männl. N = 410		weiblich N = 498		Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede			
		$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	F	p	t	p
DPTSI	1	8.68	9.75	7.64	8.58	7.12	7.66	1.26	0.02	0.97	0.33
DPTSI	2	7.43	6.36	6.96	6.15	6.64	6.04	1.04	0.71	0.78	0.43
DPTSI	3	- 9.03	15.35	-8.74	14.34	-7.31	12.76	1.26	0.01	1.59	0.11
TF 11		3.43	1.61	3.61	1.58	3.58	1.40	1.27	0.01	0.30	0.76
TF 12		2.56	3.60	2.53	3.39	2.81	3.59	1.12	0.23	1.23	0.22
TF 13		2.29	3.91	2.00	3.49	2.35	4.71	1.82	0.00	1.24	0.22
TF 21		2.48	2.99	2.82	3.32	2.76	2.91	1.30	0.01	0.28	0.78
TF 22		1.76	3.64	1.74	3.25	2.24	4.04	1.55	0.00	2.02	0.04
TF 23		2.19	4.27	1.99	4.02	2.33	4.58	1.30	0.01	1.18	0.24
TF 31		3.53	3.23	3.76	3.43	3.68	2.88	1.42	0.00	0.39	0.69
TF 32		3.94	5.90	4.40	6.10	4.48	6.87	1.27	0.01	0.20	0.84
TF 33		5.62	4.25	6.07	4.60	5.92	4.14	1.24	0.02	0.53	0.60

S_R = reduzierte Stichprobe aller Konsultationsgespräche mit Patienten ≥ 16 Jahre, einer Interaktionsdauer von ≥ 31 Sek. und deren Geschlecht bekannt war.

DPTSI = Differenz der Textlängen (Soll- und Ist-Wert) für Gesprächsphasen

Tabelle A60: Stichprobenvergleich für Ausführlichkeit der Ärzte in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Folgepatienten

VARIABLEN		SR N = 1602		FOLGEPATIENTEN männlich N = 379		weiblich N = 315		Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede			
		$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	F	p	t	p
DPTSI	1	8.68	9.75	10.85	11.84	9.91	10.70	1.22	0.06	1.10	0.27
DPTSI	2	7.43	6.36	8.62	6.80	7.84	6.38	1.14	0.24	1.55	0.12
DPTSI	3	- 9.05	15.35	-11.04	18.55	-9.78	15.84	1.37	0.00	0.95	0.34
TF 11		3.43	1.61	3.04	1.74	3.44	1.71	1.03	0.77	3.03	0.00
TF 12		2.56	3.60	1.98	3.43	2.88	3.97	1.34	0.01	3.21	0.00
TF 13		2.29	3.91	2.28	3.28	2.59	3.73	1.29	0.02	1.16	0.25
TF 21		2.48	2.99	1.77	2.54	2.44	3.04	1.44	0.00	3.20	0.00
TF 22		1.76	3.64	1.18	2.92	1.73	4.10	1.97	0.00	2.04	0.04
TF 23		2.19	4.27	2.01	4.10	2.42	4.25	1.07	0.52	1.30	0.19
TF 31		3.53	3.23	3.05	3.07	3.57	3.62	1.39	0.00	2.08	0.04
TF 32		3.94	5.90	2.89	4.94	3.76	4.77	1.07	0.52	2.36	0.02
TF 33		5.62	4.25	4.78	3.91	5.59	4.23	1.17	0.14	2.61	0.01

S_R = reduzierte Stichprobe aller Konsultationsgespräche mit Patienten ≥ 16 Jahre, einer Interaktionsdauer von ≥ 31 Sek. und deren Geschlecht bekannt war.

DPTSI = Differenz der Textlängen (Soll- und Ist-Wert) für Gesprächsphasen

Tabelle A61: Stichprobenvergleich für Ausführlichkeit der Ärzte in Gesprächsphasen bei männlichen und weiblichen Patienten

VARIABLEN	SR N = 1602		männliche Ptn. N = 789		weibliche Ptn. N = 813		Signifikanzprüfung der Varianz- und Mittelwertsunterschiede			
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	F	p	t	p
DPTSI 1	8.68	9.75	9.18	10.39	8.20	9.06	1.32	0.00	2.03	0.04
DPTSI 2	7.43	6.36	7.76	6.52	7.11	6.20	1.11	0.15	2.05	0.04
DPTSI 3	-9.05	15.35	-9.84	16.52	-8.27	14.08	1.38	0.00	2.06	0.04
TF 11	3.43	1.61	3.33	1.68	3.52	1.53	1.21	0.00	2.35	0.02
TF 12	2.56	3.60	2.26	3.42	2.84	3.74	1.20	0.01	3.21	0.00
TF 13	2.29	3.91	2.14	3.39	2.44	4.36	1.65	0.00	1.57	0.12
TF 21	2.48	2.99	2.32	3.01	2.64	2.97	1.03	0.67	2.17	0.03
TF 22	1.76	3.64	1.47	3.11	2.04	4.07	1.72	0.00	3.14	0.00
TF 23	2.19	4.27	2.00	4.06	2.37	4.45	1.21	0.01	1.72	0.09
TF 31	3.53	3.23	3.42	3.28	3.64	3.18	1.06	0.42	1.36	0.17
TF 32	3.94	5.90	3.67	3.62	4.20	6.15	1.20	0.01	1.81	0.07
TF 33	5.62	4.25	5.45	4.33	5.79	4.18	1.08	0.30	1.60	0.11

S_R = reduzierte Stichprobe aller Konsultationsgespräche mit Patienten ≥ 16 Jahre, einer Interaktionsdauer von ≥ 31 Sek. und deren Geschlecht bekannt war.

DPTSI = Differenz der Textlängen (Soll- und Ist-Wert) für Gesprächsphasen

Tabelle A62: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Erstpatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden. Meßvariablen: Auftretenshäufigkeiten bestimmter Inhalte in Gesprächsphasen.

VARIABLE VAR306 F11

ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE	D.F.	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARES	F RATIO	F PROB.
BETWEEN GROUPS	3	2944.8965	981.6322	11.902	0.0
WITHIN GROUPS	761	62764.9650	82.4770		
TOTAL	764	65709.8614			

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR	MINIMUM	MAXIMUM	95 PCT CONF INT FOR MEAN
GRP01	123	9.5447	7.3899	0.6663	0.0	43.0000	8.2257 TO 10.8638
GRP02	452	12.3717	9.1897	0.4322	0.0	64.0000	11.5222 TO 13.2212
GRP03	65	13.2769	8.7901	1.0903	1.0000	46.0000	11.0988 TO 15.4550
GRP04	125	16.3360	10.2666	0.9183	0.0	56.0000	14.5185 TO 18.1535
TOTAL	765	12.6418	9.2740	0.3353	0.0	64.0000	11.9836 TO 13.3001
	FIXED EFFECTS MODEL		9.0817	0.3283			11.9973 TO 13.2864
	RANDOM EFFECTS MODEL		2.8116	1.4058			8.1680 TO 17.1157

SCHEFFE SIGNIFICANT DIFFERENCES BETWEEN GROUPS: 1,2 - 4

F11 Gesprächsphase 1 : Anamnese und Symptombefragung
Inhaltsbereich 1: Erfragung akuter Symptome und anderer krankheitsrelevanter Informationen

Tabelle A63 : Einfaktorielle Varianzanalyse mit Erstpatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden. Meßvariablen: Auftretenshäufigkeiten bestimmter Inhalte in Gesprächsphasen.

VARIABLE VAR318 F21

ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE	D.F.	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARES	F RATIO	F PROB.
BETWEEN GROUPS	3	134.4953	44.8318	5.517	0.001
WITHIN GROUPS	761	6183.6406	8.1257		
TOTAL	764	6318.1359			

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR	MINIMUM	MAXIMUM	95 PCT CONF INT FOR MEAN
GRP01	123	1.5447	2.1319	0.1922	0.0	9.0000	1.1642 TO 1.9253
GRP02	452	2.2434	2.8562	0.1343	0.0	20.0000	1.9793 TO 2.5074
GRP03	65	2.5692	2.8938	0.3589	0.0	14.0000	1.8522 TO 3.2863
GRP04	125	2.9840	3.3768	0.3020	0.0	16.0000	2.3862 TO 3.5819
TOTAL	765	2.2797	2.8757	0.1040	0.0	20.0000	2.0756 TO 2.4838
	FIXED EFFECTS MODEL		2.8506	0.1031			2.0774 TO 2.4821
	RANDOM EFFECTS MODEL		0.6114	0.3057			1.3069 TO 3.2526

C3

SCHEFFE SIGNIFICANT DIFFERENCES BETWEEN GROUPS: 1 - 4

F 21 Gesprächsphase 2 : Diagnose und Ursachennennung
Inhaltsbereich 1: Erfragung akuter Symptome und anderer krankheitsrelevanter Informationen

Tabelle A64: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Erstpatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden. Meßvariablen: Auftretenshäufigkeiten bestimmter Inhalte in Gesprächsphasen.

VARIABLE VAR322 F22

ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE	D.F.	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARES	F RATIO	F PROB.
BETWEEN GROUPS	3	24.3274	8.1091	3.658	0.012
WITHIN GROUPS	761	1686.8674	2.2166		
TOTAL	764	1711.1948			

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR	MINIMUM	MAXIMUM	95 PCT CONF INT FOR MEAN
GRP01	123	0.6585	1.4190	0.1279	0.0	8.0000	0.4053 TO 0.9118
GRP02	452	0.7367	1.4784	0.0695	0.0	9.0000	0.6001 TO 0.8734
GRP03	65	0.7692	1.4553	0.1805	0.0	7.0000	0.4086 TO 1.1298
GRP04	125	1.2000	1.6064	0.1437	0.0	7.0000	0.9156 TO 1.4844
TOTAL	765	0.8026	1.4966	0.0541	0.0	9.0000	0.6964 TO 0.9088
	FIXED EFFECTS MODEL		1.4888	0.0538			0.6969 TO 0.9083
	RANDOM EFFECTS MODEL		0.2477	0.1239			0.4084 TO 1.1968

SCHEFFE SIGNIFICANT DIFFERENCES BETWEEN GROUPS: 1,2 - 4

F 22 Gesprächsphase 2 : Diagnose und Ursachennennung
Inhaltsbereich 2 : Erfragung und Benennung von Ursachen, Diagnosesstellung

Tabelle A65 : Einfaktorielle Varianzanalyse mit Erstpatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden. Meßvariablen: Auftretenshäufigkeiten bestimmter Inhalte in Gesprächsphasen.

VARIABLE VAR326 F23

ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE	D.F.	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARES	F RATIO	F PROB.
BETWEEN GROUPS	3	17.0452	5.6817	2.664	0.046
WITHIN GROUPS	761	1622.8319	2.1325		
TOTAL	764	1639.8771			

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR	MINIMUM	MAXIMUM	95 PCT CONF INT FOR MEAN
GRP01	123	0.3902	0.8162	0.0736	0.0	4.0000	0.2446 TO 0.5359
GRP02	452	0.7898	1.6562	0.0779	0.0	13.0000	0.6367 TO 0.9429
GRP03	65	0.6308	1.0835	0.1344	0.0	5.0000	0.3623 TO 0.8993
GRP04	125	0.8080	1.3601	0.1217	0.0	7.0000	0.5672 TO 1.0488
TOTAL	765	0.7150	1.4651	0.0530	0.0	13.0000	0.6110 TO 0.8190
	FIXED EFFECTS MODEL		1.4603	0.0528			0.6114 TO 0.8187
	RANDOM EFFECTS MODEL		0.2056	0.1028			0.3879 TO 1.0422

SCHEFFE SIGNIFICANT DIFFERENCES BETWEEN GROUPS: 1 - 4

F 23 Gesprächsphase 2 : Diagnose und Ursachennennung
Inhaltsbereich 3 : Hinweise zur Behandlung, Verordnung von Medikamenten, Ratschläge zur Prophylaxe und Terminvereinbarungen

Tabelle A66 : Einfaktorielle Varianzanalyse mit Erstpatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden. Meßvariablen: Auftretenshäufigkeiten bestimmter Inhalte in Gesprächsphasen.

VARIABLE VAR330 F31

ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE	D.F.	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARES	F RATIO	F PROB.
BETWEEN GROUPS	3	116.1628	38.7209	2.621	0.049
WITHIN GROUPS	761	11243.5810	14.7747		
TOTAL	764	11359.7438			

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR	MINIMUM	MAXIMUM	95 PCT CONF INT FOR MEAN
GRP01	123	3.1545	3.3241	0.2997	0.0	17.0000	2.5611 TO 3.7478
GRP02	452	3.9978	3.6900	0.1736	0.0	27.0000	3.6567 TO 4.3389
GRP03	65	4.3077	4.7956	0.5948	0.0	28.0000	3.1194 TO 5.4960
GRP04	125	4.4320	4.2905	0.3838	0.0	21.0000	3.6724 TO 5.1916
TOTAL	765	3.9595	3.8560	0.1394	0.0	28.0000	3.6858 TO 4.2332
	FIXED EFFECTS MODEL		3.8438	0.1390			3.6867 TO 4.2323
	RANDOM EFFECTS MODEL		0.5756	0.2878			3.0435 TO 4.8754

SCHEFFE SIGNIFICANT DIFFERENCES BETWEEN GROUPS: 1 - 4

F 31 Gesprächsphase 3 : Behandlungshinweise
Inhaltsbereich 1 : Erfragung akuter Symptome und anderer krankheitsrelevanter Informationen

Tabelle A67 : Einfaktorielle Varianzanalyse mit Erstpatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden. Meßvariablen: Auftretenshäufigkeiten bestimmter Inhalte in Gesprächsphasen.

VARIABLE VAR334 F32

ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE	D.F.	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARES	F RATIO	F PROB.
BETWEEN GROUPS	3	101.1815	33.7272	6.574	0.000
WITHIN GROUPS	761	3904.1074	5.1302		
TOTAL	764	4005.2889			

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR	MINIMUM	MAXIMUM	95 PCT CONF INT FOR MEAN
GRP01	123	1.4309	1.9252	0.1736	0.0	9.0000	1.0873 TO 1.7745
GRP02	452	1.6305	2.2804	0.1073	0.0	16.0000	1.4197 TO 1.8413
GRP03	65	1.6923	1.8279	0.2267	0.0	9.0000	1.2394 TO 2.1452
GRP04	125	2.5600	2.6833	0.2400	0.0	13.0000	2.0850 TO 3.0350
TOTAL	765	1.7556	2.2897	0.0828	0.0	16.0000	1.5930 TO 1.9181
	FIXED EFFECTS MODEL		2.2650	0.0819			1.5948 TO 1.9163
	RANDOM EFFECTS MODEL		0.5073	0.2537			0.9483 TO 2.5628

KS

SCHEFFE SIGNIFICANT DIFFERENCES BETWEEN GROUPS: 1,2 - 4

F 32
F 32 Gesprächsphase 3 : Behandlungshinweise
Inhaltsbereich 2 : Erfragung und Benennung von Ursachen, Diagnosestellung

Tabelle A68: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Erstpatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden. Meßvariablen: Auftretenshäufigkeiten bestimmter Inhalte in Gesprächsphasen.

VARIABLE VAR338 F33

ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE	D.F.	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARES	F RATIO	F PROB.
BETWEEN GROUPS	3	137.1655	45.7218	2.693	0.044
WITHIN GROUPS	761	12921.4097	16.9795		
TOTAL	764	13058.5752			

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR	MINIMUM	MAXIMUM	95 PCT CONF INT FOR MEAN
GRP01	123	4.2439	3.2374	0.2919	0.0	15.0000	3.6660 TO 4.8218
GRP02	452	4.7898	4.3888	0.2064	0.0	39.0000	4.3841 TO 5.1955
GRP03	65	4.6462	3.2808	0.4069	0.0	15.0000	3.8332 TO 5.4591
GRP04	125	5.6880	4.2756	0.3824	0.0	23.0000	4.9311 TO 6.4449
TOTAL	765	4.8366	4.1343	0.1495	0.0	39.0000	4.5432 TO 5.1300
	FIXED EFFECTS MODEL		4.1206	0.1490			4.5441 TO 5.1291
	RANDOM EFFECTS MODEL		0.6095	0.3048			3.8667 TO 5.8065

SCHEFFE SIGNIFICANT DIFFERENCES BETWEEN GROUPS: 1 - 4

F 33 Gesprächsphase 3 : Behandlungshinweise
Inhaltsbereich 3 : Hinweise zur Behandlung, Verordnung von Medikamenten, Ratschläge zur Prophylaxe und Terminvereinbarungen

Tabelle A69 : Einfaktorielle Varianzanalyse mit Erstpatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden. Meßvariablen: Textlängen von bestimmten Inhaltsbereichen in Gesprächsphasen.

VARIABLE VAR126 T11

ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE	D.F.	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARES	F RATIO	F PROB.
BETWEEN GROUPS	3	61443.1283	20481.0414	11.676	0.0
WITHIN GROUPS	761	1334869.5652	1754.0993		
TOTAL	764	1396312.6875			

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR	MINIMUM	MAXIMUM	95 PCT CONF INT FOR MEAN
GRPO1	123	35.9610	33.4621	3.0172	0.0	192.0000	29.9882 TO 41.9338
GRPO2	452	47.4177	41.7602	1.9643	0.0	251.7000	43.5575 TO 51.2779
GRPO3	65	45.6477	33.2057	4.1187	4.0000	156.0000	37.7197 TO 54.1757
GRPO4	125	66.6456	52.4551	4.6917	0.0	284.0000	57.3594 TO 75.9318
TOTAL	765	48.5925	42.7508	1.5457	0.0	284.0000	45.5588 TO 51.6268
	FIXED EFFECTS MODEL		41.8820	1.5143			45.6200 TO 51.5651
	RANDOM EFFECTS MODEL		12.8302	6.4151			28.1771 TO 69.0080

SCHEFFE SIGNIFICANT DIFFERENCES BETWEEN GROUPS: 1,3,2 - 4

T 11 Gesprächsphase 1 : Anamnese und Symptombefragung
Inhaltsbereich 1 : Erfragung akuter Symptome und anderer krankheitsrelevanter Informationen

Tabelle A70: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Erstpatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden. Meßvariablen: Textlängen von bestimmten Inhaltsbereichen in Gesprächsphasen.

VARIABLE VAR191 T21

ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE	D.F.	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARES	F RATIO	F PROB.
BETWEEN GROUPS	3	2665.0163	888.3388	5.705	0.001
WITHIN GROUPS	761	118490.8601	155.7042		
TOTAL	764	121155.8764			

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR	MINIMUM	MAXIMUM	95 PCT CONF INT FOR MEAN
GRP01	123	6.2569	8.6079	0.7762	0.0	40.0000	4.7204 TO 7.7934
GRP02	452	9.2013	12.5906	0.5899	0.0	78.0000	8.0421 TO 10.3605
GRP03	65	10.6877	12.7233	1.5781	0.0	69.0000	7.5350 TO 13.8404
GRP04	125	12.6552	15.0707	1.3480	0.0	73.0000	9.9872 TO 15.3232
TOTAL	765	9.4186	12.5929	0.4553	0.0	78.0000	8.5248 TO 10.3123
	FIXED EFFECTS MODEL		12.4781	0.4511			8.5329 TO 10.3042
	RANDOM EFFECTS MODEL		2.7160	1.3580			5.0969 TO 13.7402

SCHEFFE SIGNIFICANT DIFFERENCES BETWEEN GROUPS: 1 - 4

T 21 Gesprächsphase 2 : Diagnose und Ursachennennung
Inhaltsbereich 1 : Erfragung akuter Symptome und anderer krankheitsrelevanter Informationen

Tabelle A71: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Erstpatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden. Meßvariablen: Textlängen von bestimmten Inhaltsbereichen in Gesprächsphasen.

VARIABLE VAR146 T22

ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE	D.F.	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARES	F RATIO	F PROB.
BETWEEN GROUPS	3	1519.7984	506.5995	3.888	0.009
WITHIN GROUPS	761	99154.3715	130.2948		
TOTAL	764	100674.1699			

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR	MINIMUM	MAXIMUM	95 PCT CONF INT FOR MEAN
GRP01	123	3.8496	8.0937	0.7298	0.0	49.5000	2.4049 TO 5.2943
GRP02	452	4.4051	10.3326	0.4860	0.0	99.0000	3.4500 TO 5.3602
GRP03	65	4.8954	10.9540	1.3587	0.0	71.0000	2.1811 TO 7.6096
GRP04	125	8.0952	16.8803	1.5098	0.0	149.0000	5.1068 TO 11.0836
TOTAL	765	4.9604	11.4792	0.4150	0.0	149.0000	4.1457 TO 5.7751
	FIXED EFFECTS MODEL		11.4147	0.4127			4.1502 TO 5.7706
	RANDOM EFFECTS MODEL		1.9471	0.9735			1.8622 TO 8.0586

SCHEFFE SIGNIFICANT DIFFERENCES BETWEEN GROUPS: 1,2 - 4

T 22 Gesprächsphase 2 : Diagnose und Ursachennennung
Inhaltsbereich 2 : Erfragung und Benennung von Ursachen, Diagnosestellung

Tabelle A72: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Erstpatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden. Meßvariablen: Textlängen von bestimmten Inhaltsbereichen in Gesprächsphasen.

VARIABLE VAR161 T32

ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE	D.F.	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARES	F RATIO	F PROB.
BETWEEN GROUPS	3	5423.6776	1807.8925	4.679	0.003
WITHIN GROUPS	761	294065.8535	386.4203		
TOTAL	764	299489.5311			

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR	MINIMUM	MAXIMUM	95 PCT CONF INT FOR MEAN
GRP01	123	10.8967	15.9182	1.4353	0.0	93.5000	8.0554 TO 13.7381
GRP02	452	11.0847	16.6402	0.7827	0.0	98.5000	9.5466 TO 12.6229
GRP03	65	12.9169	22.0044	2.7293	0.0	113.5000	7.4645 TO 18.3693
GRP04	125	18.2968	29.4142	2.6309	0.0	272.0000	13.0895 TO 23.5041
TOTAL	765	12.3886	19.7990	0.7158	0.0	272.0000	10.9834 TO 13.7939
	FIXED EFFECTS MODEL		19.6576	0.7107			10.9934 TO 13.7838
	RANDOM EFFECTS MODEL		3.6107	1.8053			6.6433 TO 18.1340

SCHEFFE SIGNIFICANT DIFFERENCES BETWEEN GROUPS: 1,2 - 4

T 32 Gesprächsphase 3 : Behandlungshinweise
Inhaltsbereich 2 : Erfragung und Benennung von Ursachen, Diagnosestellung

Tabelle A73: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Erstpatienten, die nach Symptomen gruppiert wurden. Meßvariablen: Textlängen von bestimmten Inhaltsbereichen in Gesprächsphasen.

VARIABLE VAR166 T33

ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE	D.F.	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARES	F RATIO	F PROB.
BETWEEN GROUPS	3	14805.3789	4935.1263	3.539	0.014
WITHIN GROUPS	761	1061264.6111	1394.5658		
TOTAL	764	1076069.9901			

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR	MINIMUM	MAXIMUM	95 PCT CONF INT FOR MEAN
GRP01	123	27.9715	26.5316	2.3923	0.0	137.5000	23.2358 TO 32.7073
GRP02	452	33.0637	38.5630	1.8139	0.0	365.7000	29.4991 TO 36.6284
GRP03	65	27.6031	24.7109	3.0650	0.0	99.6000	21.4800 TO 33.7261
GRP04	125	41.8712	46.2828	4.1397	0.0	238.9000	33.6776 TO 50.0648
TOTAL	765	33.2201	37.5296	1.3569	0.0	365.7000	30.5565 TO 35.8838
	FIXED EFFECTS MODEL		37.3439	1.3502			30.5696 TO 35.8706
	RANDOM EFFECTS MODEL		6.6824	3.3412			22.5871 TO 43.8532

SCHEFFE SIGNIFICANT DIFFERENCES BETWEEN GROUPS: 1,3 - 4

T 33 Gesprächsphase 3 : Behandlungshinweise
Inhaltsbereich 3:: Hinweise zur Behandlung, Verordnung von Medikamenten, Ratschläge zur Prophylaxe und Terminvereinbarungen

ANHANGSTEIL zu Kapitel 3.6

No. 111/5

Arzt: Dr. W
Patient: weiblich, 20-30 J.

Arzt Bitte. Warten Sie einen Moment. Warten Sie einen Moment. Wie geht's? Wieder die alte Krankheit?

Patient Ja. Mein Hals tut weh.

Arzt Es ist, weil das Wetter jetzt nicht sehr gut ist. Es regnet jeden Tag. Stimmt's?

Patient Ja.

Arzt Sie sind wohl froh, daß Sie nur diese Krankheit haben und nicht die andere?

Patient Nein, es gefällt mir überhaupt nicht.

Arzt Nein? Es gefällt Ihnen nicht. Wie ist es jetzt? Sie haben Halsschmerzen?

Patient Ja, und die Nase läuft ständig.

Arzt Haben Sie jetzt Medikamente?

Patient Ich habe nur eine Arznei gegen Schmerzen.

Arzt Ja?

Patient Herr Doktor, mein Hals tut mir sehr weh. Es hat am Montag angefangen. Dann habe ich Medizin dagegen eingenommen. Heute tut es sehr weh, als hätte ich etwas hier.

Arzt Drückt es?

Patient Ja.

Arzt Haben Sie Fieber?

Patient Vor zwei Tagen hatte ich Temperatur.

Arzt Haben Sie Grippe?

Patient Ja.

Arzt Husten Sie?

Patient Ja. Und müde. Es ist wie bei meiner Schwester, die Sie damals behandelt hatten.

Arzt So?

Patient Es geht ihr immer noch nicht besser.

Arzt Vermutlich hat sie Sie angesteckt.

Patient Ja. Und sie möchte gern wissen - der Husten ist noch nicht weg - was sie machen sollte?

Arzt Der Husten ist noch nicht weg. Dann soll sie sich nochmal untersuchen lassen.

Patient An welchem Tag soll sie kommen?

Arzt (auf Englisch) "The best we can do."

Patient Sie geht jetzt wieder zur Schule. Am Anfang...

Arzt Das bedeutet, daß sié nicht sehr "sick" ist. Sie hat aber noch Husten, nicht wahr?

Patient Ja.

Arzt Beim Husten ist es nicht bei jedem gleich. Nicht wahr. Bei manchen dauert er einen Monat; bei anderen zwei Tage. Ich kann es nicht erklären. Ich glaube, es hängt auch von einem selbst ab, wieviel Resistenz man hat, verstehen Sie.

Patient Es sieht so aus als .....
Ja. Ich glaube, sie hat mich angesteckt.

Arzt Wenn Sie zusammen wohnen, dann ohne Zweifel.

Patient Und die Nase läuft sehr viel.

(Pause 8 ")

Arzt Sie haben Glück, daß Sie nur eine Krankheit haben.

Patient Es ist aber nicht so, es geht mir auf die Nerven, daß es nicht endlich besser wird. Herr Doktor, ich... Geht es nicht? Ich möchte, daß es vorüber geht.

Arzt Wirklich?

Patient Es ist lästig.

Arzt Das Problem ist, als man es rausoperiert hat, wenn es (Übersetzer kann es nicht verstehen, auch nicht vom Kontext)

Es gibt Eiter. Und was noch?

Patient Und warum....? Und wenn ich keinen Schnupfen habe...

Arzt So! Wollen Sie sich röntgen lassen? Damit wir genau feststellen können, was Ihnen fehlt. Es ist nämlich so, wenn wir Sie ...schicken.. wird man Ihnen die gleiche Medizin geben wie ich. Aber wenn man beim Röntgen Eiter oder etwas feststellt, kann man...

(Pause)

Arzt Daß der Husten nicht weg geht, heißt nicht, daß es nicht geheilt war. Der kommt nur immer wieder.

Patient Es ist nicht entgültig geheilt.

Arzt Nein, nicht. Diese Krankheit...

Patient (unterbricht den Arzt) wenn ich mich dem Wind aussetze oder so etwas, dann huste ich.

Arzt Ja, das ist das Merkmal dieser Krankheit. Das ist typisch. Ihr Hals sieht sehr rot aus.

Patient Ja seit 5 Tagen.

Arzt 5 Tage

Patient Ja

Arzt Ich glaube, in ihren Lungen gibt es Krankheitskeime.

(Pause)

Arzt Bitte. Heute möchte ich Sie nochmal röntgen, um zu sehen, welche.....

Patient Es geht überhaupt nicht weg.

Arzt Abschneiden. Wie ist es - sollen wir den Kopf abschneiden (scherzhaft)

Patient Den Kopf abschneiden (lacht)

(Pause)

Arzt Gehen Sie heute nicht zur Schule? Oder besuchen Sie die Nachmittagsschule?

Patient Nachher gehe ich zur Schule. Heute morgen habe ich frei bekommen.

Arzt morgen frei bekommen. Sind Sie allergisch gegen Medikamente? Nein?

No. 115/5

Patient Nein. Herr Doktor, wenn man Medikamente genommen hat und müde wird, nennt man das Allergie?

Arzt Medikamente eingenommen hat und müde wird..

Patient Ja als könnte man nicht atmen.

Arzt Ah! Das ist...

Patient Meine Schwester hat sie mir gegeben. Tabletten in oranger Farbe. Sie hat mir gesagt, wenn sie sie eingenommen hat..

Arzt (unterbricht). Tabletten oder - in einem Röhrchen?

Patient Ich habe sie nicht gefragt. Sie hat mir nur erzählt, daß sie, nachdem sie sie eingenommen hat, sich sehr müde fühlt im Herzen

Arzt Ach so. Ja, manche Medikamente haben diese Nebenwirkung. Aber es ist keine Allergie.

Patient KeineAllergie.

Arzt Manche Medikamente verursachen Herzflattern

Patient Sie hat gesagt, nachdem sie sie genommen hatte -

Arzt (unterbricht) ich habe schon verstanden - solche Medikamente sehe ich oft.

Patient Und mein Freund (oder Freundin) hat sie auch genommen. Ihm (oder ihr) ging es auch so, deswegen habe ich Angst, daß ich Allergie davon bekommen könnte.

(Pause)

Arzt Haben Sie jetzt oft Husten?

Patient Ich huste aber nicht oft. Normalerweise huste ich nicht.

Arzt Als der Husten anfing, gab es auch Schleim?

Patient Ich hustete, aber hatte keinen Schleim. Ich hatte nur Schnupfen.

Arzt Viel?

Patient Ja viel Schnupfen. Am Anfang war es weiß, jetzt gelblich.

No. 115/5

Arzt Jetzt gelblich. Das ist nicht besonders gut - Krankheitskeime haben damit zu tun.

Patient Es geht überhaupt nicht besser. Am Montag habe ich Prüfung.

Arzt Oh. Sie können daran teilnehmen. Überhaupt kein Problem, kein Problem. Sie können glatt mitkonkurrieren. Nun, ich gebe Ihnen etwas Medizin, vorsichtshalber. Bitte. Gehen Sie sich jetzt röntgen lassen.

Patient Jetzt soll ich rausgehen und dies mitnehmen?

Arzt Ja, bitte.

Darstellung eines Konsultationsgesprächs (11/05)
als Reihenfolge

INHALTE
1 36 2 41 41 2 2 8 2 2 27 54 2 21 27

INHALTSKATEGORIEN
01 10 02 14 14 02 02 04 02 02 10 15 02 08 10

ABWEICHUNGEN
9 8 12 12 2 2 8 5 13 6 2

GEWICHTETE ABWEICHUNGEN
9 6 10 11 2 8 2 13 5 2

INHALTE
2 4 50 50 46 14 46 21 67 21 2 4 5 5 21

INHALTSKATEGORIEN
02 03 15 15 16 07 16 08 13 08 02 03 03 03 08

ABWEICHUNGEN
8 1 12 1 9 9 8 5 5 6 1 5

GEWICHTETE ABWEICHUNGEN
6 12 8 9 6 5 3 4 5

INHALTE
14 2 61 46 46 86 2 5 2 5 2 2 4 21 27

INHALTSKATEGORIEN
07 02 05 16 16 19 02 03 02 03 02 02 03 08 10

ABWEICHUNGEN
1 5 3 11 3 17 1 1 1 1 1 5 2

GEWICHTETE ABWEICHUNGEN
3 2 11 1 16 5 2

INHALTE
41 14

INHALTSKATEGORIEN
14 07

ABWEICHUNGEN
4 7

GEWICHTETE ABWEICHUNGEN
1 7

INDICES:

MENGE DER KODIERTEN INHALTE 47

ABWEICHUNGEN:
SUMME 212
HÄUFIGKEIT 38

GEWICHTETE ABWEICHUNGEN:
SUMME 174
HÄUFIGKEIT 28

Consultation 111/15

Arzt: Dr. W. (m)

Patient: M - Kengkok S. (60-70 J.)

1	Arzt	Nehmen Sie bitte Platz. Mann, Sie sehen aus wie ein Soldat der chinesischen Armee!
	Patient	(lacht). Jemand hat mir das Hemd geschenkt.
	Arzt	Ja?
	Patient	Jemand hat mir das Hemd geschenkt, weil es mir kalt ist. Es ist kalt.
2	Arzt	In der Gegend von Super Highway sollte es doch nicht kalt sein. Name Herr Kengkok, Alter 66 - was arbeiten Sie. Hier gibt es keine Angabe über Ihren Beruf.
	Patient	Jetzt sorgen meine Kinder für uns.
	Arzt	Dann brauchen Sie nicht mehr zu arbeiten; die Kinder arbeiten und sorgen für die Eltern.
	Patient	Ja, ich kann nicht mehr arbeiten.
	Arzt	Schon alt nicht wahr?
	Patient	Ich paß auf die Kinder auf, auf die Enkelkinder.
3	Arzt	Gut. Hier steht es, daß Sie Schmerzen in der rechten Seite des Leibes haben, - stimmt es?
	Patient	Ja. Manchmal auch in der linken Seite.
	Arzt	Ja. Jetzt kann man nicht mehr sagen, es sei nur in der rechten Seite, ich glaube es tut doch überall weh?
	Patient	Ja.
4	Arzt	Seit wieviel Tagen haben Sie die Schmerzen?
	Patient	Es hat schon lange angefangen, aber es hat nicht so sehr weh getan. Es war vorgestern Nacht, wo es sehr weh getan hat.
	Arzt	Tat es hier weh, vorgestern Nacht?
	Patient	Ja.

5 Arzt Wie lange tut es schon ein bißchen weh?

Patient Schon seit einem Jahr.

Arzt Auf welcher Seite des Bauches, rechte Seite? Es ist nicht immer so, nicht wahr? Manchmal auch woanders, ja?

Patient Aber in der rechten Seite tut es sehr weh.

6 Arzt In der rechten Seite tut es sehr weh, stimmt es?

Patient Ja.

Arzt Sie haben die Schmerzen seit einem Jahr. Trinken Sie?

Patient Ich trinke kaum, nur wenn man mir etwas anbietet, dann trinke ich ein bißchen.

7 Arzt Sie trinken, ja?

Patient Ich trinke wirklich nicht. Nur wenn man mir etwas anbietet, dann

Arzt Ach so, wenn man Ihnen etwas zu trinken anbietet, können Sie es nicht lassen.

Patient Nein, nicht daß ich es nicht lassen kann. Ich trinke wirklich nicht.

8 Arzt Wenn man Ihnen etwas zu trinken gibt, können sie es nicht lassen. D. h. daß Sie doch trinken, stimmt ? Sie sagen, Sie trinken kaum, aber Sie können das Trinken doch nicht sein lassen.

Patient Ich bin wirklich nicht süchtig.

Arzt Ich habe Sie nicht beschimpft.

Patient Nur wenn man mir etwas anbietet, nehme ich etwas davon.

9 Azrt Sie können es nicht sein lassen. Trinken Sie jeden Tag?

Patient Ja, man sagt,es sei gut. Man sagt es so. Aber jetzt mag ich es nicht. Ich mag es wirklich nicht. Ich trinke wirklich nicht.

Arzt Und daß Sie es nicht sein lassen können, passiert es oft?

Patient Wie bitte? Meinen Sie den Alkohol?

Cons. 11 1/15

Arzt Und daß Sie das Trinken nicht lassen können,

Patient Ich kaufe selbst nie. Die Leute zuhause geben mir ihn.

Arzt Ich habe nichts gesagt. Mann, Sie versuchen immer sich zu rechtfertigen.

Patient Wirklich nicht. Ich bin nicht ein Mensch, der trinkt, wirklich.

Arzt Ich habe nichts gesagt (lacht). Ich habe nicht behauptet, daß Sie trinken müssen.

Patient Sagen wir lieber so, daß ich nicht trinke.

Arzt Einverstanden. Aber Sie müssen auch trinken, ab und zu können Sie es nicht sein lassen.

Patient Es heißt nicht, ich könnte es nicht sein lassen: Ich trinke wirklich nicht. Man bietet an.

Arzt Heißt das, daß wenn man Ihnen etwas zum Trinken anbietet, nehmen Sie es nicht an. Wenn man Ihnen etwas zum Trinken gibt, schlagen Sie es ihm aus der Hand.

Patient Man sagt es sei gut.

Arzt Deswegen trinken Sie?

Patient Ein bißchen

Arzt Das ist es, wonach ich Sie frage. Wie oft ist dieses "ein bißchen"?

Patient Ich trinke kaum. Alle Leute zuhause trinken jeden Tag. Mein Sohn und meine Frau, wenn sie trinken und mir nichts anbieten, nehme ich nichts. Ich trinke wirklich nicht, nur wenn sie mir etwas geben, nehme ich ein Schlückchen davon, nicht viel.

Arzt Jeden Tag? Dieses Schlückchen?

Patient Nicht jeden Tag.

Arzt Wie oft in der Woche?

Patient In der Woche zwei-, dreimal. Manche Tage habe ich keine Lust darauf.

Arzt Ungefähr alle 2 Tage, stimmt es?
Und was Sie ein bißchen nennen, ist soviel wie ein halbes Glas?

Patient Nein, nicht soviel.

15 Arzt Wieviel? Ungefähr 2 cl?

Patient Nicht soviel, nur ein bißchen, nur so

Arzt Appetit anregen?

Patient Ich kann ja nicht trinken.

16 Arzt So? Und warum zwingen Sie sich zu trinken?

Patient (unverständlich)

Arzt Aber warum will Ihr Sohn so sehr, daß Sie trinken? Ich wundere mich.

Patient Ja, weil sie selbst süchtig sind. Sie finden, es sei gut.

17 Arzt Was für Alkohol?

Patient Ich selbst mag ihn nicht, aber wenn sie trinken, wenn sie trinken

Arzt Ich untersage Ihnen zu trinken. Ich untersage es.

Patient Ja, es geht.

18 Arzt Sagen Sie es ihnen, daß ich es Ihnen verbiete.

Patient (unverständlich)
In den großen Krankenhäusern geben sie Medizin.

Arzt Und wie ist es mit dem Stuhlgang?

Patient Ich entleere kaum den Darm.

19 Arzt Leiden Sie an Verstopfung?

Patient Ja.

Arzt Sehr?

Patient Wirklich sehr stark. Manchmal über 10 Tage lang kann ich nicht einmal und jedesmal sitze ich ziemlich lang.

20 Arzt Verstopfung über 10 Tage? Marathon-Verstopfung.

Patient (schweigt)

Arzt Über 10 Tage?

Patient Ja.

21 Arzt Haben Sie es schon lange, daß Sie nach mehreren Tagen erst einmal den Darm entleeren?

Patient Schon lange, aber erst seit 2, 3 Tagen habe ich starke Schmerzen.

Arzt Haben Sie ein dumpfes Völlegefühl in der Bauchgegend?

Patient Nein.

22 Arzt Kein dumpfes Völlegefühl, nicht wahr?

Patient Nein. Manchmal, wenn ich zuviel gegessen habe, tut es sehr weh.

Arzt Es tut weh nachdem Sie gegessen haben, stimmt es?

Patient Nachts.

23 Arzt Tut es weh, wenn Sie Hunger haben?

Patient Wenn ich Hunger habe, geht es besser. Wenn ich Hunger habe, tut es nicht weh.

Arzt Gewöhnlich, wenn Sie Hunger haben, geht es besser?

Patient Ja.

24 Arzt Also, wenn Sie Hunger haben, tut es nicht weh.

Patient Doch, ein wenig. Und es tut von Zeit zu Zeit weh.

Arzt Passiert es, daß Sie sich übergeben?

Patient Nein.

25 Arzt Sie übergeben sich nicht, nicht wahr?

Patient Es gibt nichts, es tut nur weh.

Arzt Wenn es weh tut, rumort es im Bauch? Oder?

Patient Nein. Es rumort nicht. Es ist normal. Es ist so, als gäbe es Luft im Bauch.

26 Arzt Rülpsen Sie dann? Rülpsen Sie?

Patient Nein.

Arzt Woher wissen Sie, daß es Luft im Bauch gibt? Woher wissen Sie es?

Patient (der Patient mißversteht den Arzt)
Ich falle nicht in Ohnmacht. Ach so, im Bauch?

Arzt Es rumort im Bauch? Haben Sie Blähung? Nach der Blähung fühlen Sie sich wohler?

Patient Ja.

27 Arzt Essen Sie regelmäßig?

Patient Wie bitte?

Arzt Essen Sie regelmäßig?

Patient Ja. Ja, regelmäßig.

28 Arzt Sie trinken ein wenig, wie gesagt, nicht wahr?

Patient Ja.

Arzt Rauchen Sie?

Patient Ja, ich rauche Zigaretten von Nipapalmblättern.

29 Arzt Können Sie aufhören zu rauchen?

Patient Bitte, kann ich rauchen?

Arzt Nein.

Patient Sehen Sie, ich rauche diese Nipapalmblätter.
(zeigt dem Arzt die Zigaretten)

30 Arzt Ich weiß, ich weiß. Ich habe mal geraucht, aber jetzt rauche ich nicht mehr. Können Sie aufhören?

Patient Soll ich aufhören?

Arzt Ja, geht es?

Patient Kann ich anfangen mit weniger Rauchen, geht es?

31 Arzt (spricht mit sich selbst)
Es ist zweifelhaft.
Versuchen Sie weniger zu rauchen.

Patient Ja. Dann rauche ich nicht, ich versuche es.
Ich möchte, daß es geheilt wird. Oh meine Güte, wenn es weh tut, ist es eine Qual.

Arzt Was haben Sie lieber, jetzt müssen Sie wählen:
Rauchen oder Magenschmerzen?

Patient Ja.

32 Arzt Wenn Sie Rauchen wählen, haben Sie Magenschmerzen.

Patient Dann rauche ich nicht.

Arzt Einverstanden?

Patient Ja.

Arzt Es ist wichtig, wissen Sie.

Patient (schweigt)

33 Arzt Was machen Sie jetzt zuhause? Passen Sie auf die Enkelkinder auf?

Patient Ja. Meine Kinder haben ...

Arzt Haben Sie viele Kinder und Enkelkinder?

Patient Viele.

34 Arzt Haben Enkelkinder, müssen Sie wahrscheinlich! Haben Sie einen Sohn, der Soldat ist?

Patient Ja.

Arzt Wo ist er Soldat, in Lopburi?

Patient In Bangkeen.

Arzt Nicht in Lopburi?

Patient Hier in Bangkeen, in Bangkok-Bangsue.

35 Arzt Legen Sie sich darauf,legen Sie sich da drauf.

Arzt (spricht zu dem Beobachter: Jetzt bin ich ganz heiser vom vielen Reden, ich lächele kaum noch und mache ein langes Gesicht)

Beobachter: KR (KR = Kommunistischer Rebell, Ausdruck vom Übersetzer frei übersetzt)

36 Arzt KR. Hören Sie, die Dame vermutet, Sie seien ein KR. Wissen Sie, sie glaubt, Sie seien ein KR.

Patient Nein. Wegen meines Hemdes?

Arzt (lacht) Ich weiß nicht, ich weiß nicht.

Patient Man hat meinem Sohn das Hemd geschenkt. Er...

37 Arzt Sie vermutet, Sie seien ein KR, wissen Sie. Was ist ein KR?

Patient Was ist ein KR?

Arzt Haben Sie es schon einmal gewußt?

Patient Nein.

Arzt Das ist ein Kommunist.

Patient Ach so. Nein ich bin keiner.

Arzt Nein? (lacht)

38 Arzt Tief atmen, tief atmen. Noch tiefer, noch tiefer. Haben Sie schon einmal Ihre Lunge röntgen lassen?

Patient (schweigt)

Arzt Noch nie?

Haben Sie abgenommen? Haben Sie abgenommen?

Patient Ich glaube, ja.

Arzt Sie sind sehr dünn.

Patient (unverständlich)

39 Arzt Sie können runter kommen. Ich lasse jetzt ihre Lunge durchleuchten, einverstanden?

Patient Ja.

Arzt Sie sehen sehr dünn aus. Sie werden geröntgt um zu sehen, ob Ihre Lungen in Ordnung sind.

Patient Ich brauche dafür nichts zu bezahlen?

40 Arzt Nein, es geht nicht. Sie müssen zahlen, in diesem Krankenhaus müssen Sie zahlen.

Patient Wieviel?

Arzt Ich weiß nicht, Sie müssen bei der Kasse fragen.

Patient Ich habe kein Geld.

41 Arzt Sie haben überhaupt kein Geld? Doch, etwas Geld müssen Sie schon bei sich haben.

Patient Ich habe ...

Arzt Es täte dann dem Krankenhaus leid.

Patient Ich habe 20 ₰.

Arzt Ich lasse Ihnen durch die Soziale Hilfe helfen.

Patient Ich weiß nicht, ob ich genug Fahrgeld habe. Insgesamt habe ich nur 20 ₰.

Arzt O.k. Der Sozialarbeiter wird Ihnen helfen. Ist es gut so?

Patient Auch gut.

Arzt Ich dachte, Sie würden sagen, es sei nicht gut.

Patient Doch, gut. Ich habe noch nie...

Arzt Ich dachte, es sei nicht gut.

Patient Doch, doch.

Arzt Was machen Sie, wenn Sie nach Hause gehen? Weitertrinken? Weiterrauchen?

Patient Die Sache mit dem Alkohol, ich trinke wirklich nicht.

Arzt Ja, Sie trinken nicht mit.

Patient Nein.

Arzt Aber Sie können nicht aufhören.

Patient Nicht, daß ich nicht aufhören könnte, ich trinke wirklich nicht.

Arzt Nein, Verzeihung, Verzeihung. Sie können aber nicht ablehnen, so nennt man es, nicht wahr?

Patient Ja.

Arzt So sind Sie.

Patient Mit dem Rauchen kann ich aufhören, obwohl ich rauche, es geht wirklich. Aber mit dem Alkohol, ich trinke ja nicht.

Arzt Hier. Ich gebe Ihnen die Medizin. Wenn Sie sie genommen haben, und sie nützt nichts, oder wenn Sie alles aufgebraucht haben, und es geht Ihnen noch nicht besser, kommen Sie nochmal zu mir.

Patient Soll ich wiederkommen?

Arzt Ja, ich vermisse Sie sehr.

Patient Vielen Dank. Ich bin so arm, ich weiß nicht, wie ich es sagen kann. Keines von meinen Kindern ist wohlhabend.

Arzt Warum nicht. Sie haben sie nicht gut aufgezogen. Deswegen sind sie jetzt nicht wohlhabend.

Patient (lacht)

Arzt Wenn Sie sie gut aufgezogen hätten, wären sie jetzt wohlhabend, stimmt es?

Patient Ja, es stimmt! Es war unsere Schuld. Die Kinder haben selbst wählen können, was sie lernen wollten.

Arzt Das ist sehr wichtig. Sie wußten nicht, wie sie selbst weiter machen könnten.

Cons. 111/15

Patient Ja es stimmt.
Ich bin arm, ich habe 7 Kinder, das sind zuviel.

Arzt Mann , so wenig - 10 Kinder!

Patient (lacht)

49 Arzt Wie alt ist das jüngste Kind?

Patient Die Jüngste, die jüngste Tochter?

Arzt Ich weiß nicht, ob das jüngste Kind ein Junge oder ein Mädchen ist.

Patient Achso, die jüngste Tochter, ungefähr 13 J. alt.
Sie ist im Jahre des Schweines geboren.

50 Arzt Ein Mädchen und im Jahre des Schweines geboren?
Welcher Zyklus?

Patient Der, der gerade zweiter geworden ist.

Arzt Welcher?

Patient Der, wo man jetzt über 10 J. alt geworden ist.

51 Arzt 10 Jahre alt geworden ist. Ich glaube, Ihre Tochter ist noch jung.

Patient Ja, noch jung.

Arzt Ist jemand Soldat?

Patient Ja, mein ältester Sohn.

52 Arzt Dann können Sie es zurückerstatten lassen, die Behandlung, was Sie für die Behandlung zahlen, können Sie zurückerstatten lassen.
Ja, jetzt habe ich Sie erwischt, stimmt es?

Patient Wo?

Arzt Ja, hier. Sie können es zurückerstatten lassen, wenn Ihr Sohn ein Regierungsbeamter ist. Dann können Sie es zurückerstatten lassen.

Patient Achso, er ist nicht mehr bei der Armee. Er ist schon entlassen.

Arzt Ist er im Staatsdienst?

Patient Ja, er arbeitet in einer Baufirma.

Arzt So etwas nennt man keinen Staatsdienst. Es ist kein Staatsdienst.

Patient Ja.

54 Arzt Dann lasse ich den Sozialarbeiter Ihnen helfen.

Patient (schweigt)

Arzt Geben Sie dies der Krankenschwester am Tisch draußen. Ich gebe Ihnen auch Abführmittel für 10 Tage, damit Sie mehrere Tage Stuhlgang haben. Und hören Sie auf zu trinken.

Patient Ich möchte gleich das Abführmittel einnehmen.

Arzt Ich habe Ihnen es gegeben.

55 Patient Ich gehe jetzt zu dem Tisch draußen, stimmt es?

Arzt Ja.

Patient Auf Wiedersehen.

Arzt Auf Wiedersehen.

Patient Vielen Dank.

Arzt So etwas ist doch selbstverständlich.

Darstellung eines Konsultationsgespräches (111/15)
als Reihenfolge

INHALTE
75 82 2 3 3 5 5 4 5 3 3 4 5 35 35

INHALTSKATEGORIEN
06 06 02 03 03 03 03 03 03 03 03 03 03 12 12

ABWEICHUNGSDIFFERENZEN
6 4 1 9

GEWICHTETE ABWEICHUNGSDIFFERENZEN
4 9

INHALTE
35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35

INHALTSKATEGORIEN
12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12

ABWEICHUNGSDIFFERENZEN

GEWICHTETE ABWEICHUNGSDIFFERENZEN

INHALTE
35 35 48 35 35 2 2 4 4 4 5 2 2 2 5

INHALTSKATEGORIEN
12 12 17 12 12 02 02 03 03 03 03 02 02 02 03

ABWEICHUNGSDIFFERENZEN
5 5 10 1

GEWICHTETE ABWEICHUNGSDIFFERENZEN

INHALTE
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 34 34 37 37 48

INHALTSKATEGORIEN
02 02 02 02 02 02 02 02 02 02 12 12 11 11 17

ABWEICHUNGSDIFFERENZEN
1 10 1 6

GEWICHTETE ABWEICHUNGSDIFFERENZEN
8 1 6

INHALTE
37 37 48 37 48 37 48 37 89 21 21 48 37 48 37

INHALTSKATEGORIEN
11 11 17 11 17 11 17 11 29 08 [illegible] 17 11 17 11

ABWEICHUNGSDIFFERENZEN
6 6 6 6 6 6 9 12 9 6 6 6

GEWICHTETE ABWEICHUNGSDIFFERENZEN
5 6 5 6 5 6 3 7 5 6 5

Fortsetzung *(111/15)*

INHALTE

90 75 72 77 77 77 9 12 14 14 1 1 90 14 10

INHALTSKATEGORIEN

20 06 06 06 06 06 07 07 07 07 01 01 20 07 07

ABWEICHUNGSDIFFERENZEN

9 14 1 6 19 13

GEWICHTETE ABWEICHUNGSDIFFERENZEN

5 5 5 6

INHALTE

86 86 91 74 37 37 37 37 41 54 54 71 71 71 71

INHALTSKATEGORIEN

19 19 19 06 11 11 11 11 14 15 15 06 06 06 06

ABWEICHUNGSDIFFERENZEN

12 13 5 3 1 9

GEWICHTETE ABWEICHUNGSDIFFERENZEN

10 11 3 3 8

INHALTE

71 71 77 86 86 77 86 77 86 91 41 48 41 91

INHALTSKATEGORIEN

06 06 06 19 19 06 19 06 19 19 14 17 14 19

ABWEICHUNGSDIFFERENZEN

13 13 13 13 5 3 3 5

GEWICHTETE ABWEICHUNGSDIFFERENZEN

11 11 11 11 4 1 3 3

INDICES:

MENGE DER KODIERTEN INHALTE 119

ABWEICHUNGEN:
SUMME 320
HÄUFIGKEIT 45

GEWICHTETE ABWEICHUNGEN:
SUMME 209
HÄUFIGKEIT 34

Tabelle A74: Meßwertsummen, Mittelwerte und Gruppenumfänge für den 4 x 9 faktoriellen Plan der Variablen Arztalter und Patientensymptomatik; Meßvariable: GABW bei Erstpatiente

SYMPTOME DER PATIENTEN		ALTER DER ÄRZTE ≤ 30 J.	31 - 45 J.	≥ 46 J.	Total
S 1 Allgemeines Befinden, Schmerzen	$\bar{X}$	61.00	54.18	57.29	55.90
	N	11	88	24	123
	Σ	671	4768	1375	6814
S 2 Innere Organe	$\bar{X}$	72.67	58.66	55.77	60.96
	N	55	333	64	452
	Σ	3997	19534	3569	27100
S 3 vegetative Störungen, organ. Nervenleiden	$\bar{X}$	58.44	69.21	72.57	66.92
	N	16	42	7	65
	Σ	935	2907	508	4350
S 4 psychogene Syndrome	$\bar{X}$	98.87	60.78	71.00	66.25
	N	15	99	11	125
		1483	6017	781	8281
Summe S 1 - S 4	$\bar{X}$	73.05	59.13	58.80	60.84
	N	97	562	106	765
	Σ	7086	33225	6233	46545
S 0 keine Information	$\bar{X}$	62.56	49.85	50.39	50.72
	N	9	116	18	143
TOTAL	$\bar{X}$	72.16	57.54	57.58	59.25
	N	106	678	124	908

Tabelle A75: Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse. Meßvariable: GABW - Sequenzmaß; unabhängige Variablen: Alter der Ärzte und Symptome der Patienten

Varianzquelle	Quadratsumme	FG	Mittl. Quadrat	F	p
Arzt-Alter	14878.696	2	7439.348	3.745	.024
Patient-Symptome	8371.198	3	2790.399	1.405	n.s.
Wechselwirkung Alter X Symptome	17023.372	6	2837.229	1.428	n.s.
innerhalb	1495681.541	753	1986.297		
TOTAL	1537638.489	764	2012.616		

Tabelle A76: Analyse der Haupteffekte der Faktoren Arztalter und Patientensymptomatik

F-TEST

Faktoren	Quadratsumme	Mittl. Quadrat	F	FG	p
Arztalter	16447.58	8223.79	4.14	2;763	$\leq .05$
Patienten-symptomatik	10056.65	3352.22	1.69	3;762	n.s.

SCHEFFE-TEST bei ungleicher Zellenbesetzung

Arztalter Differenzen der Spaltensummen	Kritische Differenz (KD)		p
$D_1 = 73.05 - 59.13 = 13.92$	$KD_1 = 4.62$	$KD_1 < D_1$	$\leq .05$
$D_2 = 73.05 - 58.80 = 14.25$	$KD_3 = 4.62$	$KD_2 < D_2$	$\leq .05$
$D_3 = 59.13 - 58.80 = 0.33$	$KD_3 = 4.62$	$KD_3 > D_3$	n.s.

Tabelle A77: Varianzanalyse von SABW (Summe der absoluten Abweichungsdifferenzen) mit dem Faktor Krankenhaus bei Erstpatienten

ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE	D.F.	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARES	F RATIO	F PROB.
BETWEEN GROUPS	10	484542.2749	48454.2275	17.677	0.0
WITHIN GROUPS	897	2458696.2667	2741.1215		
TOTAL	907	2943238.5416			

COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR
100	87.9000	51.2826	5.1283
86	114.3488	61.7141	6.6548
86	110.0116	82.5544	8.9021
99	93.2525	50.8004	5.1056
122	43.6230	32.0170	2.9002
37	60.9189	34.5570	5.6811
43	80.5814	62.2312	9.4902
96	55.1042	41.0626	4.1909
54	83.7222	55.2959	7.5248
141	73.5060	48.4505	4.0815
41	46.8780	34.5414	5.3945
908	77.8359	56.9651	1.8905
FIXED EFFECTS MODEL		52.3548	1.7375
RANDOM EFFECTS MODEL		23.4752	7.1086

Range-Test von SCHEFFE
Krankenhaus

	0	1	2	3	8
4	**	**	**	**	**
5		*	*		
7		*	*	**	
9		*	*		
10		*	*	**	

* p ≤.05
** p ≤.01

Tabelle A78: Varianzanalyse von GABW (Summe der gewichteten Abweichungsdifferenzen) mit dem Faktor Krankenhaus bei Erstpatienten

ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE	D.F.	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARES	F RATIO	F PROB.
BETWEEN GROUPS	10	249579.7285	24957.9729	14.433	0.0
WITHIN GROUPS	897	1551112.5215	1729.2224		
TOTAL	907	1800692.2500			

COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR
100	64.1600	39.8698	3.9870
86	83.9884	49.1503	5.3008
86	83.6279	63.5025	6.8487
99	70.3131	41.0669	4.1284
122	33.3033	26.4465	2.3944
37	46.2432	28.8583	4.7443
43	62.5116	51.4487	7.8459
96	44.3229	33.4338	3.4123
54	64.3148	43.7402	5.9523
141	57.4514	38.7785	3.2315
41	37.6098	26.1877	4.0902
908	59.2500	44.5570	1.4787
FIXED EFFECTS MODEL		41.5839	1.3800
RANDOM EFFECTS MODEL		17.1956	3.1575

Range-Test nach SCHEFFE
Krankenhaus

	0	1	2	3	8	6
4	**	**	**	**	**	
5		**	**			
9		**	**			
10		**	**			

* p ≤.05
** p ≤.01

Tabelle A79: Varianzanalyse von INHM (Menge der Inhaltselemente) mit dem Faktor Krankenhaus bei Erstpatienten

ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE	D.F.	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARES	F RATIO	F PROB.
BETWEEN GROUPS	10	76653.2445	7665.3245	23.103	0.0
WITHIN GROUPS	897	297613.7544	331.7879		
TOTAL	907	374266.9989			

COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR
100	33.8600	18.8937	1.8894
86	44.6163	24.1837	2.6078
86	40.6860	27.0064	2.9122
99	29.7778	15.5567	1.5635
122	16.2049	11.5185	1.0428
37	19.9730	10.7069	1.7602
43	29.4884	26.1328	3.9852
96	21.4063	12.7713	1.3035
54	37.3519	22.4971	3.0615
141	23.9444	14.6681	1.2396
41	17.1463	10.0607	1.5725
908	28.4980	20.3136	0.6741
FIXED EFFECTS MODEL		18.2150	0.6045
RANDOM EFFECTS MODEL		9.7016	2.9260

Range-Test von SCHEFFE
Krankenhaus

	0	1	2	3	8
3		*			
4	**	**	**	**	**
5		*	*		*
6		*			
7		*	*		*
9		*	*		*
10	**	**	**		**

* p ≤ .05
** p ≤ .01

Tabelle A80 Varianzanalyse von FABW (Häufigkeit der Abweichungen) mit dem Faktor Krankenhaus bei Erstpatienten

ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE	D.F.	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARES	F RATIO	F PROB.
BETWEEN GROUPS	10	26065.5770	2606.5577	19.625	0.0
WITHIN GROUPS	897	119137.8459	132.8181		
TOTAL	907	145203.4229			

COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR
100	20.3400	11.1584	1.1158
86	27.5698	14.3244	1.5446
86	25.4302	18.1001	1.9518
99	19.6364	10.6008	1.0654
122	11.1066	7.8053	0.7067
37	12.6757	6.9204	1.1377
43	17.9070	14.1654	2.1602
96	13.4271	8.4127	0.8586
54	23.1296	13.8333	1.8825
144	16.0278	9.8980	0.8248
41	11.3659	7.2655	1.1347
908	18.1079	12.6527	0.4199
FIXED EFFECTS MODEL		11.5247	0.3825
RANDOM EFFECTS MODEL		5.7091	1.7214

Range Test von SCHEFFE
Krankenhaus

	0	1	2	3	8
3		*			
4	**	**	**	**	**
5		*	*		
6		*			
7		*	*		
9		*	*		
10		**	**		**

* p ≤ .05
**p ≤ .01

ANHANGSTEIL zu Kapitel 3.7

Tabelle AB1: Klassifizierungsergebnis von N=2360 Konsultationsgesprächen nach Clusteranalyse

PREDICTION RESULTS -

ACTUAL GROUP	NO. OF CASES	PREDICTED GROUP MEMBERSHIP GP. 1	GP. 2	GP. 3	GP. 4	GP. 5
GROUP 1	283.	276. 97.5%	3. 1.1%	4. 1.4%	0. 0.0%	0. 0.0%
GROUP 2	369.	3. 0.8%	365. 98.9%	0. 0.0%	1. 0.3%	0. 0.0%
GROUP 3	123.	0. 0.0%	0. 0.0%	119. 96.7%	4. 3.3%	0. 0.0%
GROUP 4	74.	0. 0.0%	0. 0.0%	0. 0.0%	74. 100.0%	0. 0.0%
GROUP 5	59.	0. 0.0%	0. 0.0%	0. 0.0%	0. 0.0%	59. 100.0%

PERCENT OF "GROUPED" CASES CORRECTLY CLASSIFIED: 98.35%

Tabelle A82 : F-Test für Variablen der Diskriminanzanalyse

VARIABLE	F-RATIO	P
1	59.1346	0.0
2	476.1953	0.0
3	19.5323	0.0
4	24.9357	0.0
5	82.3717	0.0
6	57.8120	0.0
7	47.8075	0.0
8	92.2373	0.0
9	75.5006	0.0
10	18.6428	0.0
11	26.7822	0.0
12	61.6697	0.0
13	644.3542	0.0
14	170.6803	0.0
15	112.8427	0.0
16	6.0845	0.0002
17	543.0923	0.0
18	8.8751	0.0000
19	39.5069	0.0
20	9.4873	0.0
21	80.3950	0.0
22	8.6257	0.0000
23	29.2726	0.0
24	17.1217	0.0
25	30.6030	0.0
26	16.1615	0.0
27	5.5194	0.0004
28	23.8232	0.0
29	3.1060	0.0149
30	19.7830	0.0
31	8.8258	0.0000
32	14.2688	0.0
33	116.6776	0.0
34	116.6715	0.0
35	116.6758	0.0
36	116.6748	0.0
37	6.8069	0.0001
38	9.9287	0.0
39	5.6218	0.0004
40	16.7978	0.0
41	144.2619	0.0
42	6.7019	0.0001
43	32.7214	0.0
44	23.2886	0.0
45	42.9066	0.0
46	19.9048	0.0
47	5.3861	0.0005
48	30.1644	0.0
49	2.9077	0.0206
50	26.9837	0.0
51	18.3279	0.0
52	10.0529	0.0
53	57.3452	0.0
54	19.4953	0.0
55	16.1419	0.0
56	4.2399	0.0025
57	6.8069	0.0001
58	9.9287	0.0
59	5.6218	0.0004

Diagramm A1: Verteilung der Clustergruppen im Diskriminanzraum der ersten und zweiten Diskriminanzfunktion

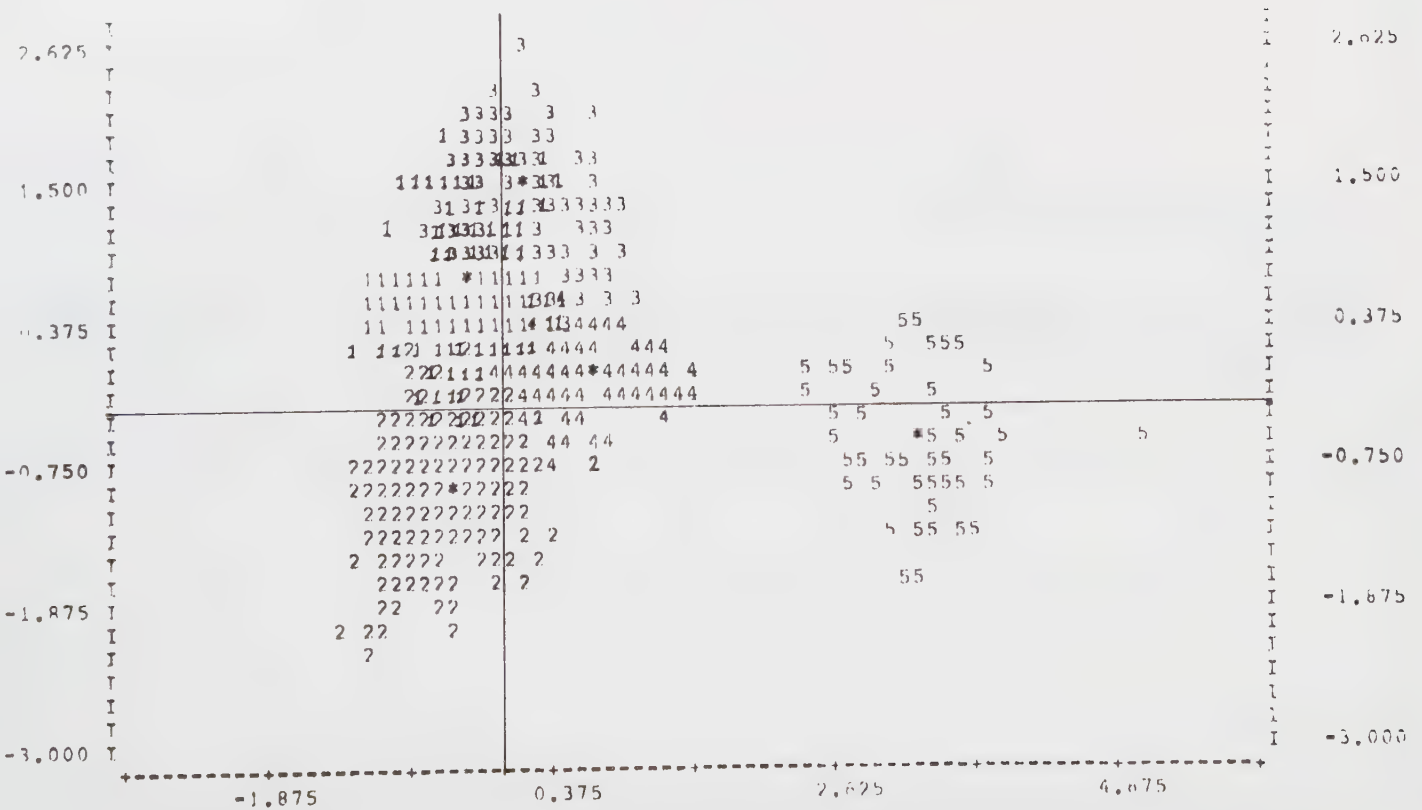


Tabelle: A83 Mittelwerte der Clustergruppen

VAR	G 1	G 2	G 3	G 4	G 5	GESAMT
1	193.6290	227.0108	246.5285	392.7162	460.8136	247.9471
2	51.8092	24.3198	35.1057	19.1216	20.5593	33.6806
3	3.8834	5.2547	3.3984	6.8919	4.7627	4.6773
4	50.6572	90.5068	51.9350	131.0541	111.9831	77.5617
5	20.3251	20.5799	24.0732	39.8919	50.9831	24.5231
6	64.7774	64.8266	87.3008	111.8784	159.4068	77.8359
7	51.0989	48.9783	65.3902	84.3649	118.2881	59.2500
8	23.0318	23.7615	28.4553	45.6081	62.9831	28.4989
9	14.9293	15.1978	18.9106	27.3649	38.2712	18.1079
10	3.3286	-9.0298	8.3659	17.9054	25.9492	1.6465
11	0.3428	4.6396	-16.2846	-22.6081	-17.9153	-3.2203
12	-0.1413	-4.5257	26.0407	-20.5000	0.9831	0.0374
13	27.2261	30.1301	49.6504	59.4054	93.0847	38.3458
14	6.3004	7.2547	15.9187	18.7162	-5.2373	8.2533
15	-1.3746	-0.8022	-16.2439	0.5135	2.5932	-2.7445
16	2.3958	2.5583	2.2033	2.6622	1.8475	2.4218
17	3.5760	3.5095	2.4390	2.0000	1.1356	3.1079
18	13.0318	18.3767	6.6179	26.4459	14.7966	15.5430
19	77.2155	88.3333	80.2602	173.1081	208.0678	98.4637
20	0.6396	0.5041	1.0163	0.8784	0.9492	0.6751
21	8.4452	8.9133	9.0976	16.1892	25.2542	10.4471
22	0.1166	0.2710	0.3821	0.4865	1.0678	0.3073
23	0.9187	1.5312	0.9593	3.2973	4.1017	1.5738
24	1.1131	2.0000	2.9919	3.3919	3.4915	2.0683
25	2.1378	1.9106	3.5528	2.8649	5.6102	2.5220
26	1.6961	1.2547	1.6098	3.1757	3.2203	1.7247
27	0.2721	0.2873	0.5528	0.7027	0.5593	0.3700
28	1.5442	1.4201	1.2439	3.1351	5.3729	1.8315
29	0.0495	0.0650	0.1626	0.2027	0.1864	0.0925
30	3.9576	3.7940	4.2927	7.3378	9.0847	4.5452
31	1.5795	1.3523	1.8780	2.3784	2.7966	1.6718
32	0.5618	0.4580	0.6829	1.5541	1.2881	0.6641
33	102.2226	107.2791	185.0407	259.2432	380.1356	146.3513
34	47.8000	50.1621	86.5130	121.2203	177.7559	68.4319
35	17.4896	18.3564	31.6569	44.3527	65.0407	25.0401
36	36.8996	38.7271	66.7951	93.5784	137.2339	52.8307
37	37.9848	39.2775	39.5252	41.6068	43.0698	39.3457
38	9.3647	10.0485	10.3016	12.2095	14.1508	10.3123
39	45.3572	45.0011	43.4301	40.0432	38.2763	44.0583
40	1.6714	1.6992	4.4309	4.3919	4.4237	2.4570
41	24.6537	28.2114	37.4959	60.7838	114.3559	36.6123
42	0.3357	0.9566	1.6667	2.1622	3.3898	1.1156
43	3.1201	6.6531	4.9431	13.5405	21.0339	6.8161
44	3.6572	7.0786	13.8862	13.1351	14.7966	7.9295
45	9.0530	9.2385	22.2033	16.4324	35.7288	13.2445
46	9.7845	7.3117	13.2195	30.1081	26.7797	12.0055
47	1.5371	1.8347	3.8943	4.3784	4.9492	2.4306
48	6.3498	6.1870	8.8130	19.0946	31.3220	9.2786
49	0.3110	0.4146	1.1707	1.2297	1.2034	0.6024
50	23.5760	21.0244	38.5041	51.6892	71.9322	29.4045
51	7.0636	7.0190	14.5691	14.1892	21.1017	9.5551
52	3.5795	2.9485	5.3089	12.0541	8.3898	4.5606
53	129.9399	118.1192	187.9756	235.2162	334.0339	154.8392
54	6.6763	5.9577	12.8715	12.1108	13.1085	8.1467
55	6.3042	5.4157	11.5707	11.2297	9.3898	7.2585
56	-5.5470	-4.9824	-10.9659	-5.0514	-5.7356	-6.0235
57	8.7152	7.4225	7.1748	5.0932	3.6102	7.3543
58	7.7353	7.0515	6.7984	4.8905	2.9492	6.7677
59	-9.1572	-8.8011	-7.2301	-3.8432	-2.0763	-7.8583

Tabelle: A84 Übersicht über die Verteilung von Signifikanzen nach Prüfung der Mittelwertsdifferenzen mit SCHEFFE'S "Multiple Range Test" bei 5 Clustergruppen

INHALTLICHE VARIABLEN	AUFTRETENSHÄUFIGKEIT F-Test	SCHEFFE	TEXTLÄNGE F-Test	SCHEFFE
Begrüßung	** 1)	2-4,5,3 1-3	**	1,2-4,5,3
Aktuelle Symptombefragung	**	1,2,3-4,5; 4-5	**	1,2-3,4,5; 3-4,5; 4-5
Andere Symptome	**	1,2,3-5	**	1,2-5
Frühere Behandlung	**	1,3,2-4,5	**	1,3-2,4,5; 3,2-4,5; 4-5
Persönliche Probleme	**	1-2,3,4,5; 2-3,4,5	**	1-2,4,3,5; 2-4,3,5
Untersuchung	**	2,1-3,5; 4,3-5	**	1,2-4,3,5; 4,3-5
Diagnose	**	2,3,1-4,5	**	2,1,3-5,4
Erklärung der Diagnose u. Unters.	**	1,2-4	**	1-5
Ursachennennung	**	3,2,1-4,5; 4-5	**	2,1,3-4,5; 4-5
Prognose	*		*	
Behandlungsratschläge, Vorbeuge	**	2,1,3-4,5	**	2,1-3,4,5; 3-5
Administrative Ratschläge	**	2-4,5; 1-5	**	2,1-4,3,5
Andere Inhalte	**	2,1-5; 3-4	**	2-5; 1,3-4 1,3-4

FORMALE VARIABLEN	F-Test	SCHEFFE
Sprechstundengröße	**	4-2,3,1; 5,2-3,1;3-1
Pausenhäufigkeit	**	3,1-2,4; 5,2-4
Pausendauer	**	1,3-2,5,4; 2-4
Einheit	**	1,2,3-4,5; 4-5
Textlänge	**	1,2-3,4,5; 3-4,5;4-5
IAD	**	1-3,4,5; 2,3-4,5

SEQUENZMASSE	F-Test	SCHEFFE
SABW	**	1,2-3,4,5; 3-4,5; 4-5
GABW	**	2,1-3,4,5; 3-4,5; 4-5
INHM	**	1,2,3-4,5; 4-5
FABW	**	1,2-3,4,5; 3-4,5; 4-5

Tabelle A85: Analyse der sozial-verbalen Verhaltensweisen von Ärzten, die den fünf Clustergruppen zugeteilt sind

VARIABLEN		CLUSTERGRUPPEN G1	G2	G3	G4	G5
	ND	12	26	6	7	7
	NP	283	369	123	74	53
ARZT unterstützt ermutigt	nD	4	8	4	2	3
	nD%	33	30	67	29	43
	X	14	84	50	45	45
	$\overline{X}D1$	1.20	3.23	8.33	6.43	6.43
	$\overline{X}D2$	3.50	10.50	12.50	22.50	15.00
	$\overline{X}P$	0.05	0.23	0.41	0.61	0.76
ist interessiert zeigt Aufmerksamkeit	nD	7	9	4	3	6
	nD%	58	35	67	43	86
	X	14	71	27	49	111
	$\overline{X}D1$	4.83	2.73	4.50	7.00	15.86
	$\overline{X}D2$	2.00	7.89	6.75	16.33	18.50
	$\overline{X}P$	0.20	0.19	0.22	0.66	1.88
erteilt eine Gunst erweist eine Gnade	nD	4	4	2	-	-
	nD%	33	15	33	-	-
	X	7	15	6	-	-
	$\overline{X}D1$	0.58	0.58	1.00	-	-
	$\overline{X}D2$	1.75	3.75	3.00	-	-
	$\overline{X}P$	0.02	0.04	0.05	-	-
tröstet, beruhigt	nD	10	10	6	6	6
	nD%	83	38	100	86	86
	X	77	58	62	65	127
	$\overline{X}D1$	6.42	2.23	10.23	9.29	18.14
	$\overline{X}D2$	7.70	5.80	10.33	10.83	21.17
	$\overline{X}P$	0.27	0.16	0.50	0.88	2.15
ist höflich	nD	9	12	4	4	3
	nD%	75	46	67	57	43
	X	33	177	29	39	93
	$\overline{X}D1$	2.75	6.81	4.83	5.57	13.29
	$\overline{X}D2$	3.67	14.75	7.25	9.75	31.00
	$\overline{X}P$	0.12	0.48	0.24	0.53	1.58
ist unhöflich	nD	2	2	1	1	2
	nD%	17	8	17	14	29
	X	9	8	4	19	13
	$\overline{X}D1$	0.75	0.31	0.67	2.71	1.86
	$\overline{X}D2$	4.50	4.00	4.00	1.90	6.50
	$\overline{X}P$	0.03	0.02	0.03	0.26	0.22
ist ungeduldig	nD	4	9	6	1	2
	nD%	33	35	100	14	29
	X	7	51	34	15	16
	$\overline{X}D1$	0.58	1.96	5.67	2.14	2.29
	$\overline{X}D2$	1.75	5.67	5.67	15.00	8.00
	$\overline{X}P$	0.02	0.14	0.28	0.20	0.27
schimpft	nD	12	9	5	7	6
	nD%	100	35	83	100	86
	X	62	55	67	84	94
	$\overline{X}D1$	5.17	2.12	11.17	12.00	13.43
	$\overline{X}D2$	5.17	6.11	13.40	12.00	15.67
	$\overline{X}P$	0.22	0.15	0.54	1.14	1.59
unterbricht	nD	12	26	6	7	7
	nD%	100	100	100	100	100
	X	552	1160	308	561	527
	$\overline{X}D1$	46.00	44.62	51.33	80.14	75.29
	$\overline{X}D2$	46.00	44.62	51.33	80.14	75.29
	$\overline{X}P$	1.95	3.14	2.50	7.58	8.93

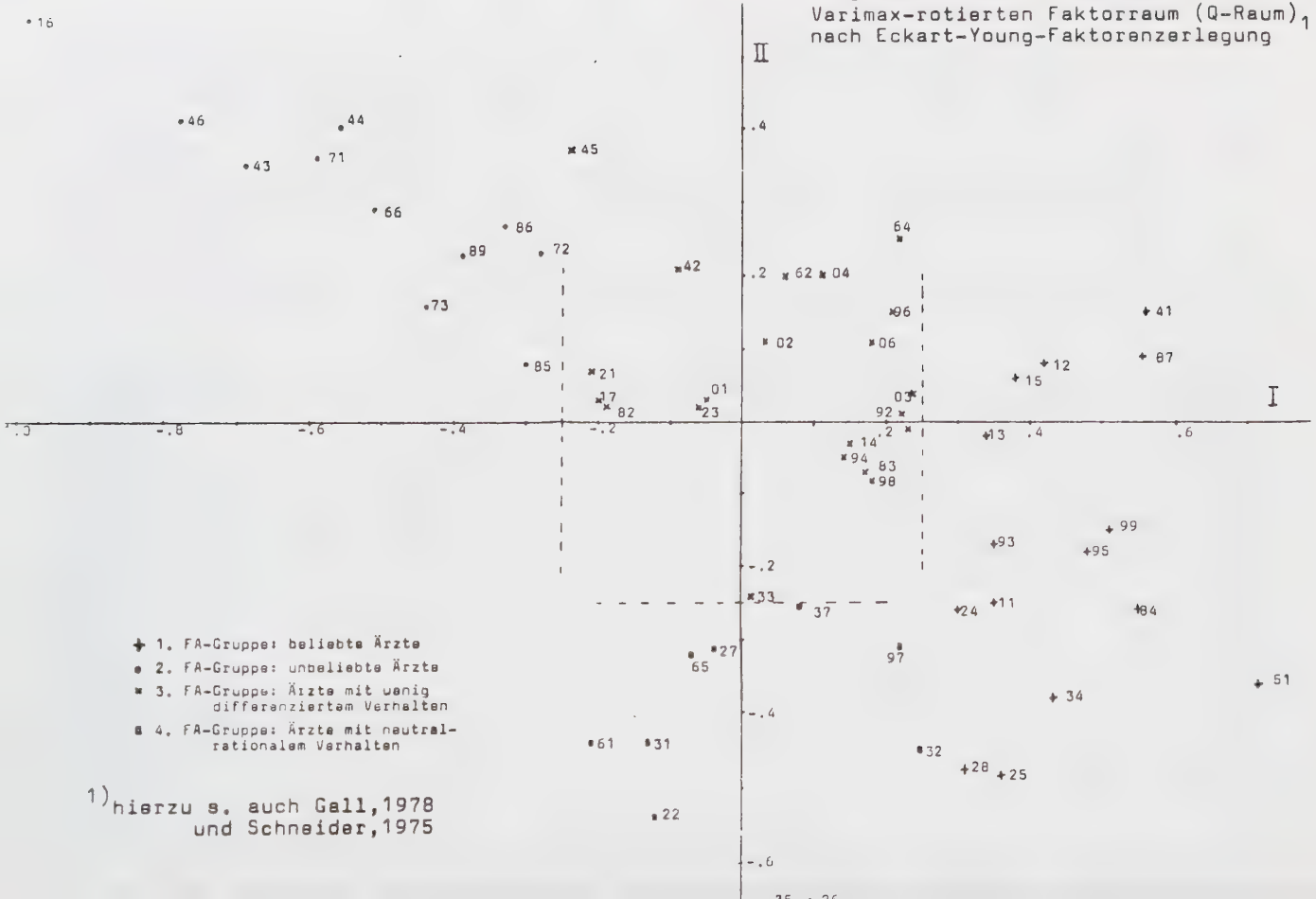
ND = Anzahl der Ärzte in den Clustergruppen
NP = Anzahl der Patienten in den Clustergruppen
nD = Anzahl der Ärzte mit Äußerungen zur Variable
nD% = prozentualer Anteil von nD an ND
X = Anzahl der Arzt-Äußerungen zur Variable

$\overline{X}D1 = \frac{X}{ND}$

$\overline{X}D2 = \frac{X}{nD}$

$\overline{X}P = \frac{X}{NP}$

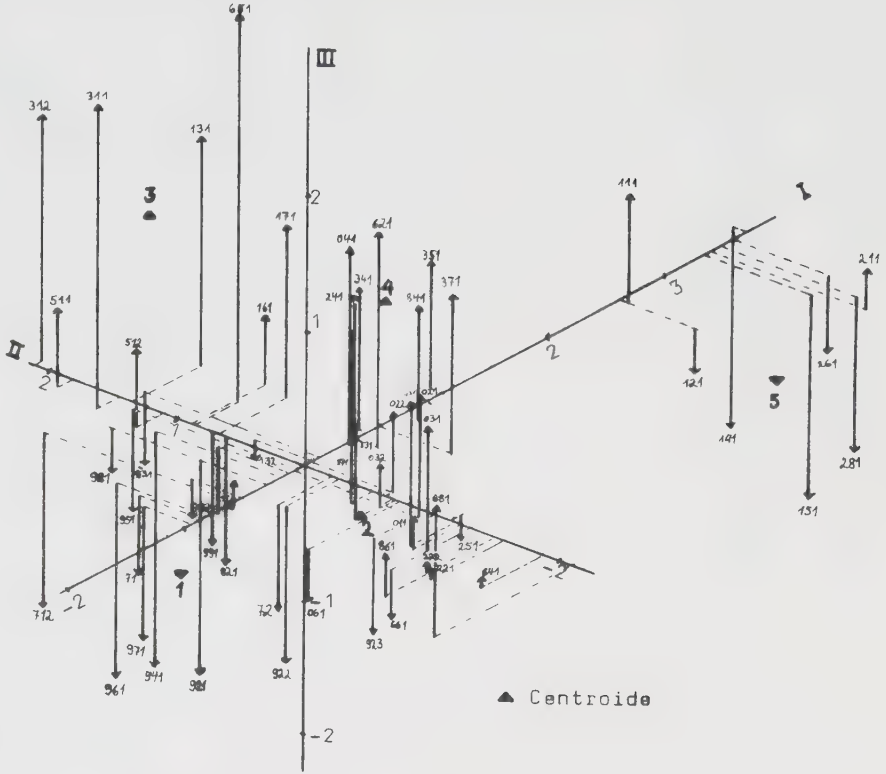
Diagramm A2: Verteilung der Ärzte im Varimax-rotierten Faktorraum (Q-Raum)[1] nach Eckart-Young-Faktorenzerlegung



+ 1. FA-Gruppe: beliebte Ärzte
• 2. FA-Gruppe: unbeliebte Ärzte
× 3. FA-Gruppe: Ärzte mit wenig differenziertem Verhalten
▪ 4. FA-Gruppe: Ärzte mit neutral-rationalem Verhalten

[1] hierzu s. auch Gall, 1978 und Schneider, 1975

Diagramm A 3 : Repräsentation von Sprechstunden im Diskriminanzraum



Konsultationstexte in deutscher übersetzung zur Einzelfalldarstellung

Patient: 712/11
Chin
männlich, 35 J.
Arzt: männlich, 36 J.

1 Arzt Wie geht's Herr Chin?

Patient Es juckt.

2 Arzt Es juckt.

Patient Ja.

3 Arzt Wo juckt es?

Patient Es juckt an der Hand.

(Pause - 4 Sek.-)

Und ich..

4 Arzt Ziehen Sie das Hemd aus, ziehen Sie das Hemd aus. Kann ich überall ansehen? Wo juckt es?

Patient Es juckt hier und am Fußknöchel.

5 Arzt Kann ich mal sehen?
(Pause - 5 Sek.-)

Tragen Sie eine Armbanduhr?

Patient Nein.

(Pause - 16,5 Sek.-)

Ich habe ein Rezept für ein Medikament von einem Krankenhaus.

6 Arzt Was für ein Medikament?

Patient Ich habe den Namen der Medikamente bekommen. Es ist nämlich so: Ich habe mich lange behandeln lassen, aber es ist nie geheilt. Und dann habe ich den Namen der Medikamente bekommen, Man hat mir gesagt, ich sollte in dieses Krankenhaus kommen.

7 Arzt Sie haben den Namen der Medikamente bekommen? Und Sie sollten hierher kommen? Wer hat sie Ihnen gegeben?

Patient Derjenige, der damit behandelt worden ist.

8 Arzt Wer ist diese Person?

Patient Ja, er hat dies Medikament bekommen und er ist geheilt, und ich habe ihn darum gebeten.

9 Arzt Hat er die Medikamente in diesem Krankenhaus bekommen?

Patient Ja.

10 Arzt Und wie hat er gewußt, was für Medikamente diese sind? Oder hater es von der Aufschrift gesehen?

Patient Er hat gesagt, ich sollte dieses Papier dem Arzt geben, dann wird der Arzt dieses Medikament zusammenstellen, und ich sollte dann das Medikament holen.

(Pause - 7 Sek.-)

Denn es ist woanders nicht zu bekommen (lacht)

11 Arzt Und wer ist dieser Mann?

Patient Er wohnt am Taa Chaang Markt.

12 Arzt Ist das eine Apotheke?

Patient Nein, er ist Arzt. Er hat es weitergesagt.

13 Arzt Er hat es weitergesagt. Ist er ein Arzt?

Patient Nein, ein Arzt hat es ihm empfohlen. Er hat es vom Rama Krankenhaus oder irgendwo bekommen.

14 Arzt (Pause - 11 Sek.-)
Es gibt unzählige Arten von Hautkrankheiten, und sie werden unterschiedlich behandelt. Es ist nicht so, daß eine Sorte von Medikament all diese unzähligen Hautkrankheiten heilen kann.

Patient Ja. Ich hab es schon mal versucht - die Medikamente die man bekommen hat - ich hab sie schon mal versucht, und ich glaube...

15 Arzt Ist es besser geworden?

Patient Ja, sofort.

16 Arzt Ja, wenn Sie so meinen. Es ist wegen diesem Zusatz, wissen Sie?

Patient Ich weiß nicht, ich hab's nur abgeschrieben.

17 Arzt Dieser Zusatz allein würde reichen, nur dieser Zusatz. Brannte es, als Sie es aufgetragen haben? Moment, Moment, ich werde Ihnen Medikamente geben. Es muß nicht genauso sein, wie auf diesem Papier, nicht wahr?

Patient Ja.
(Pause - 41,5 Sek.-)
Nur ein Medikament oder zwei?

18	Arzt:	Ich behandle Sie, oder?
	Patient	Ach so, ja ja.
19	Arzt	Nicht nach diesem Rezept, ne?
	Patient	Ja, ja.
20	Arzt	(Pause - 5 Sek.-) Jetzt ist es fertig.
	Patient	Ja.
21	Arzt	Gehen Sie das Medikament abholen.
	Patient	In der Apotheke? (Pause - 6 Sek.-) Kann ich den Zettel haben?
22	Arzt	Wie bitte?
	Patient	Das Rezept.
23	Arzt	Ich habe es schon weggeworfen. Wozu brauchen Sie es? Nehmen Sie dieses, nehmen Sie dieses.
	Patient	(unterbricht den Arzt) Das habe ich von meinem Bekannten geliehen. Ich muß es ihm zurückgeben.
24	Arzt	Hm. Es ist nicht wahr. Warum?
	Patient	Ich habe es geliehen. Ich habe das Rezept nicht abgeschrieben, weil mein Bekannter nicht schreiben kann. Ich hab ihm gesagt, ich würde es nur leihen, um dieses Medikament im Krankenhaus zu holen.
25	Arzt	(Pause - 4.5 Sek.-) Es ist die Methode, man schreibt, man..
	Patient	Er ist ein alter Mann. (Pause - 13 Sek.-) Er hat mir gesagt, ich muß es ihm zurückgeben.
26	Arzt	Ich habe es schon weggeworfen, in den Spucknapf.
	Patient	(Pause - 13 Sek.-) dann, ich..mein Bekannter würde mich ausschimpfen. (der Patient lacht)
27	Arzt	(Pause 3.5 Sek.-) Salicylic Acid. Was ist diese C.I.D. Betnovate. Dies ist vom Rama, man hat die Abkürzung geschrieben.

Patient Ich muß es ihm zurückgeben. Ich muß es ihm zurückgeben.

28 Arzt Dieses C.I.D. vom Rama habe ich schon mal gesehen. Aber ich weiß nicht, wofür es steht. Ich glaube, nein ich schreibe ein neues für Sie. Wie in dem Rezept, das Rezept habe ich ja schon weggeworfen.
(Pause - 4 Sek.-)
Schreibe, ich schreibe..

Patient (Pause - 14.5 Sek.-)
Falls mein Bekannter wieder Medikamente braucht, falls seine Medizin aufgebraucht ist, dann weiß ich nicht, woher ich das Rezept für ihn bekomme. Ich hatte schon mal von ihm Medizin bekommen und als ich es dann noch einmal versucht habe, hat er nein gesagt; diese Medizin sei sehr teuer. Da bin ich...

29 Arzt (Pause -13 Sek.-)
Nehmen Sie die Medizin wie auf diesem Rezept.

Patient Ja. Danke schön. Ich hab es ja von ihm geliehen.
(Patient lacht)

Patient: 713/23
Winai
männlich, 32 J.
Arzt: männlich, 36 J.

1	Arzt	Wie geht's?
	Patient	Es tut weh, die Augen. Und es ist mir schwindlig, und ich habe einen unangenehmen Geruch in der Nase.
2	Arzt:	Ist die Nase verstopft?
	Patient	Ja. Es riecht (unverständlich).
3	Arzt:	Welche Farbe hat der Nasenschleim? Läuft die Nase?
	Patient	Der Nasenschleim ist gelb, dick.
4	Arzt	Dick?
	Patient	Zähflüssig.
5	Arzt	Sinusitis.
	Patient	Und es tut weh an diesem Blutgefäß.
6	Arzt	(der Arzt hört nicht zu) maxillary
	Patient	(Pause - 2,5 Sek.-) Ich fühle mich schwach, und es ist mir immer schwindlig.
7	Arzt	(Pause - 11 Sek.-) Nachher bekommen Sie dies, ich werde Sie behandeln (man muß), endlich mal ernsthaft etwas dagegen tun.
	Patient	(Pause - 4.5 Sek.-) Ich fühle mich immer bedrückt und deprimiert. Gestern bin ich einmal in Ohnmacht gefallen, es tat mir an diesem Gefäß weh. Und es war mir schwindlig.
8	Arzt	Tanderil. (Pause - 42 Sek.-) Ich gebe Ihnen das Nasenspray mit, falls die Nase verstopft.
	Patient	Nein, nein, nie. Der andere Arzt hat mir eine Spritze für 3, 4 Tage gegeben, aber es ist nicht besser geworden.
9	Arzt	Jetzt, wenn Sie Kopfweh haben, nehmen Sie die Tabletten. Nehmen Sie sie ein, wenn es weh tut. Die Injektion lassen Sie sich geben, und die die Medikamente, die Sie bekommen, heben Sie zum Einnehmen auf. (Pause - 5,5 Sek. -) Herr Winai (Pause - 5,5 Sek. -) Hier.
	Patient	(Pause - 3,5 Sek.-) Danke .

Patient: 921/39
Guu,
männlich, 49
Arzt: weiblich, 27

(Der Arzt stellt den Ventilator an.)

Beobachter: Es gibt keinen Strom.

Arzt Warum nicht?

Beobachter Der Strom ist ausgefallen.

Arzthelferin Warum gibt es keinen Strom?

Arzt Das ist aber sehr schlimm.

Arzthelferin Heute ist es sehr heiß.

1 Arzt Wie geht's?

Patient Es tut an der Brust weh. Manchmal ist es..

2 Arzt (unterbricht den Patienten)
Es tut weh. Kommen Sie bitte näher.
(Pause - 2 Sek.-)
Seit wieviel Tagen?

Patient Erst seit dem Chinesischen Neujahr.

3 Arzt Wo?

Patient Es tut hier weh, hier tut es weh.

4 Arzt Husten Sie?

Patient Nein.

5 Arzt Wenn ich so drücke, tut es dann weh?

Patient Nein.
(Pause - 3 Sek.-)

6 Arzt Es tut Ihnen weh?

Arzthelferin Wanpen arbeitet im Ward.

---

7 Arzt (Pause - 5 Sek.-)
Sie husten nicht, es tut nur in der Brust weh?

Patient Ja.

8 Arzt Und können Sie schlafen?

Patient Ja.

Kranken-schwester (wegen eines anderen Patienten)

(Pause - 4 Sek.-)

Herr Doktor, soll ich gleich P.V. vorbereiten? Sie hat seit 3 Monaten keine Tage, und seit etwa über 10 Tage trat die Blutung ein.

Arzt (unterbricht die Krankenschwester) Ein Mädchen wartet auf mich, nicht wahr.

Kranken-schwester Ja, sie ist es. Sie ist hier.

Patient Ich möchte mich röntgen lassen.

Arzt-helferin: Frau Doktor, kann man das vom Patienten binden lassen?
(Spricht zu dem anderen Patienten):
Sie müssen noch ein bißchen warten. Gehen Sie gleich dahin, um das Medikament abzuholen.

---

10 Arzt Es fehlt Ihnen doch nichts, Onkel.

Patient Und hier an der Schulter. Ich fühle mich schwach.

11 Arzt Wie ist es?

Patient Es ist wie empfindungslos.

12 Arzt Empfindungslos

Patient Ja. Und wenn ich arbeite, dann tut es weh. Meistens tut es hier weh, mal da weh, meistens tut es weh.

13 Arzt Aber kein Husten, nicht wahr?

Patient Nein, kein Husten.

14 Arzt Aber Sie haben Appetit?

Patient Ja.

(Pause - 4 Sek. -)

Mein Kind hat gesagt, ich sollte mich röntgen lassen um zu sehen.

15	Arzt	(unterbricht den Patienten) Es gibt nichts. Sie brauchen sich nicht röntgen zu lassen, es ist nicht notwendig. Nach der Untersuchung weiß man, ob Sie geröntgt werden müssen oder nicht, verstehen Sie?
	Patient	(Pause - 8 Sek.-) Es hat nichts mit Lungenkrankheit zu tun?
16	Arzt	Nein. Sie haben noch nie gehustet, nicht wahr?
	Patient	Nein. Ich habe nicht gehustet.
17	Arzt	Holen Sie das Medikament in der Apotheke.
	Patient	Ja.
18	Arzt	Sie sind schon fertig.
	Patient	Schon fertig.

Patient: 431/02
Nuan
weiblich, 65 J.
Arzt: männlich, 38 J.

1	Arzt	Wie geht es Ihnen heute?
	Patient	(unverständlich)
2	Arzt	Wie ist Ihr Name?
	Patient	Mein Name ist Nuan.
3	Arzt	Lo..? Stimmt's
	Patient	Ja. (Pause - 3 Sek.-)
4	Arzt	(spricht zu einer Krankenschwester) Können Sie bitte den Blutdruck messen. (Pause - 3 Sek.-) Was fehlt Ihnen? Sie waren lange nicht mehr hier, um Arznei zu holen.
	Patient	Ja. Lange. Ich bin ohnmächtig geworden.
5	Arzt	Sie sind ohnmächtig geworden? (fühlt den Puls)
	Patient	Ich bin ohnmächtig geworden (Pause - 5 Sek. -) (unverständlich) ohje, ich war oft da, dann konnte ich nicht kommen, ich konnte nicht kommen.
6	Arzt	Warum konnten Sie nicht kommen, wenn es Ihnen so schlecht geht? Wenn Sie nicht kommen, wenn es Ihnen schlecht geht, wird es noch schlimmer. Es wird sich verschlimmern. Aber es muß nicht (untersucht die Augen) (Pause - 2 Sek.-). Wo tut es weh?
	Patient	Mhm.
7	Arzt	Tut es hier weh? (Untersucht den Bauch)
	Kranken-schwester	Legen Sie das bitte da hin. (Pause - 7 Sek.-)
	Patient	(unverständlich wegen ihres Dialekts).
8	Arzt	Sie sehen blaß aus.
	Patient	Ja. (Arzt mißt Blutdruck - Pause - 3 Sek.-) Der Arzt hat gesagt (unverständlich wegen ihres Dialekts, aber vermutlich: Ich solle kommen - der Übersetzer) Aber ich konnte nicht kommen.

9	Arzt	Wollen Sie heute im Krankenhaus bleiben oder wollen Sie eine Injektion bekommen?
	Patient	Ich möchte nicht bleiben.
10	Arzt	Bleiben Sie?
	Patient	Nein.
11	Arzt	Nein. (mißt den Blutdruck - Pause - 21 Sek.-) Ich glaube, Sie bleiben lieber im Krankenhaus. Es ist besser, wenn Sie bleiben.
	Krankenschwester	Wollen Sie bleiben, Tante?
12	Arzt	Hm?
	Patient	Muß ich lange bleiben.
13	Arzt	Ja lange. (Pause - 7 Sek.-)
	Krankenschwester	Mit wem sind Sie heute gekommen? Sind Sie allein gekommen?
	Patient	Mit der alten Frau von vorhin. (Pause - 3 Sek.-) Ich kann schlecht schlafen. Was fehlt mir Herr Doktor?
14	Arzt	Moment, wollen Sie im Krankenhaus bleiben?
	Patient	Ich möchte nicht.
15	Arzt	Nein, Sie wollen nicht bleiben?
	Patient	Nein. (Pause - 3 Sek.-)
16	Arzt	Wenn Sie nicht hier bleiben, wird es nicht besser.
	Patient	Bin ich sehr krank?
17	Arzt	Ja. (Pause - 4 Sek.-)
	Patient	Ich will nicht bleiben, ich bleibe nicht.

18	Arzt	Sie wollen nicht bleiben? Dann eben nicht.
	Patient	Einer muß zuhause bleiben (unverständlich) Ich habe ein Haus, ich habe (unverständlich wegen ihres Dialektes) Ich bleibe zuhause, weil die anderen sagen, sie seien nicht da.
	Kranken-schwester	Was wollen Sie nun machen: Wenn Sie sich hier behandeln lassen, wird es Ihnen besser gehen.
	Patient	Ich fühle mich nicht wohl. Wenn ich zuhause bin
19	Arzt	(unterbricht Patientin) Sie können es im Krankenhaus doch nicht so bequem haben wie zuhause, das geht doch nicht. (Pause - 11 Sek.-)
	Patient	Wenn Sie meinen, daß ich bleiben soll, dann bleibe ich.
	Kranken-schwester	Wollen Sie bleiben?
	Patient	Ja ich bleibe, dann bleibe ich eben.
	Kranken-schwester	Ist das jetzt auch sicher? Sie bleiben sicher?
	Patient	Ja ich bleibe (Ein Verwandter der Patientin kommt in das Behandlungszimmer, Pause - 2 Sek.-)
20	Arzt	Wie ist es, wollen Sie sich erst miteinander besprechen. Nicht, daß Sie schon aufgenommen worden sind und dann wieder nicht bleiben wollen.
	Kranken-schwester	Wenn Sie einmal aufgenommen worden sind, können Sie nicht mehr sagen, Sie wollen nicht bleiben.
	Patient	Ja, ich bleibe.
21	Arzt	Jetzt sagen Sie, Sie bleiben; nachher sagen Sie, Sie bleiben nicht. Mal ja, mal nein.
	Kranken-schwester	(zum Arzt): Wie umständlich, nicht wahr?
22	Arzt	Genau, so ist es. Gehen Sie erstmal hinaus und besprechen Sie die Sache miteinander; danach können Sie wieder hereinkommen.

	Kranken-schwester	Besprechen Sie das erst miteinander, wenn Sie bleiben wollen, kommen Sie nochmal, um Bescheid zu sagen. Es muß sicher sein.
23	Arzt	Nehmen Sie Ihr Tuch bitte mit, hier.
	Kranken-schwester	Oma, das Tuch.

Patient kommt wieder.

24	Arzt	(spricht zur Krankenschwester) Nun wie ist es mit der Patientin von vorhin. Will sie bleiben?
	Kranken-schwester	Tante, wie ist es, sind Sie fertig mit Besprechen? Wollen Sie bleiben?
25	Arzt	Wollen Sie bleiben? Wenn nicht, gehen Sie eben nach Hause.
	Kranken-schwester	(zum Arzt): Sie bleibt.
26	Arzt	Wenn sie will, kann sie bleiben.

Patient: D31/04
Noklek
weiblich, 3o J.
Arzt: männlich, 36 J.

1	Arzt	Kommen Sie bitte näher. (Pause - 3 Sek.-) Sie heißen Noklek, nicht wahr?
	Patient	Ja.
2	Arzt	Noklek Kh. Wie alt sind Sie?
	Patient	30 Jahre alt.
3	Arzt	30. (Pause - 2 Sek.-) Noch nicht verheiratet?
	Patient	Nein. Noch nicht verheiratet (leise).
4	Arzt	(Pause - 4 Sek. -) Wie geht's? Die Symptome?
	Patient	(Pause - 2 Sek. -) Es ist mir schwindlig. Zuerst habe ich Kopfweh, dann fühle ich mich schwach; ich bin ungewöhnlich schnell schwach. Das Herz klopft.
5	Arzt	Mhm.
	Patient	Und es ist mir schwindlig.
6	Arzt	Ist es schon lange so? Der Kopf?
	Patient	Nein, noch nicht lange. Es ist mir schwindlig und schwach seit 4 Monaten.
7	Arzt	4 Monaten?
	Patient	Ja.
8	Arzt	(Pause - 4 Sek.-) Ist das Herz normal?
	Patient	Nein.
9	Arzt	Wie ist es?
	Patient	Manchmal klopft es stark, manchmal müde.
10	Arzt	Sind sie schreckhaft?
	Patient	Ja.

11	Arzt	Können Sie schlafen?
	Patient	Nicht allzu gut.
12	Arzt	Haben Sie Appetit?
	Patient	Nein, ich kann nicht essen. Anders als sonst.
13	Arzt	Sie haben keinen Appetit?
	Patient	Nein. (Pause - 3 Sek.-) Aber manchmal zittern die Hande und die Füße. Sie sind gefühlslos.
14	Arzt	Ab und zu oder immer? Ich meine, daß sie gefühlslos sind.
	Patient	Ab und zu.
15	Arzt	(Pause - 4 Sek. -) Wann haben Sie Kopfweh?
	Patient	Kopfweh habe ich zuerst. Zuerst Kopfweh und dann die anderen Symptome, dann fühle ich mich schwach. (Pause - 2 Sek.-) Und schwindlig.
16	Arzt	(unterbricht den Patienten) Jeden Tag, haben Sie das jeden Tag?
	Patient	Jeden Tag.
17	Arzt	Mhm.
	Patient	Es ist oft, daß ich mich schwach fühle. Daß es mir schwindlig ist, kommt nur manchmal vor.
18	Arzt	(Pause - 8 Sek. -) Moment, Moment. Ich messe Ihren Blutdruck. (Pause - 2 Sek. -) Strecken Sie den Arm. (Pause - 11 Sek. -) Was machen Sie zuhause?
	Patient	(antwortet nicht)

19	Arzt	Was arbeiten Sie? Arbeiten Sie auf dem Feld? Wie ist es jetzt, ist es schon fertig?
	Patient	Ja schon fertig?
20	Arzt	(Pause - 3 Sek.-) Wenn Sie so krank sind, können Sie dann arbeiten?
	Patient	Nein, ich kann es nicht. Ich stelle andere Leute dafür an.
21	Arzt	Mhm. (Pause - 110 Sek. -) Ich glaube Ihr Körper ist gesund. Wie ist es, wenn Sie sagen, Sie haben keine Kraft?
	Patient	(Pause - 3 Sek.-) Ich habe keine Kraft, (Pause - 3 Sek.-) wenn ich etwas tue (unverständlich)
22	Arzt	(Pause - 43 Sek.-) Haben Sie Probleme, müssen Sie sich Sorgen machen? Und die Familie, leben Ihre Eltern noch?
	Patient	Ja.
23	Arzt	(Pause - 50 Sek.-) Okay, ich gebe Ihnen Medizin zum Einnehmen.
	Patient	Ja.
24	Arzt	Die Medizin, wenn Sie sie schon aufgebraucht haben, und es geht Ihnen noch nicht besser, kommen Sie nochmal zur Untersuchung. Und versuchen Sie, sich viel auszuruhen. Denken Sie nicht zuviel. Gehen Sie.
	Patient	(Pause - 10 Sek.-) Ich verabschiede mich.
25	Arzt	Ja, auf Wiedersehen.

Patient: 171/06
Wimol
weiblich, 40 J.
Arzt: weiblich, 30 J.

1	Arzt	Guten Tag, wie geht's?
	Patient	Der Fuß ist geschwollen.
2	Arzt	Wo bitte?
	Patient	Der Fuß ist geschwollen.
3	Arzt	Was haben Sie davor gehabt?
	Patient	Nichts.
4	Arzt	Ist er plötzlich geschwollen?
	Patient	Ja.
5	Arzt	Sind Sie auf etwas getreten oder an etwas gestoßen?
	Patient	Nein, nein.
6	Arzt	Stehen Sie hier. Ziehen Sie bitte die Schuhe aus. (Der Arzt untersucht den Fuß - 10 Sek. -)
	Patient	Nachdem ich die Medizin draufgetan habe, ist es zurückgegangen. Normalerweise war es geschwollener als dies.
7	Arzt	(unterbricht den Patienten) Die Beine.
	Patient	Hier bitte.
8	Arzt	Fühlt sich diese Seite geschwollen an? Ich habe sie schon angesehen und ich meine, die andere Seite ist stärker geschwollen. Nun, setzen Sie sich da drauf. (Der Arzt untersucht das Bein - 5 Sek.-)
9	Arzt	Das Bein. Setzen Sie sich bitte und stellen Sie das Bein auf. Meinen Sie, das sei geschwollen?
	Patient	Es tut weh, es tut weh.
10	Arzt	Es tut weh, nicht wahr, aber es ist nicht geschwollen.
	Patient	Wenn es anschwillt, dann tut es weh. Es ist geschwollen...(unverständlich) Wenn es anschwillt, dann (unverständlich)...

11	Arzt	Und wenn es geschwollen ist, wann ist das?
	Patient	Abends (unverständlich)
12	Arzt	Was arbeiten Sie? Nähen Sie oder stehen Sie den ganzen Tag auf den Beinen?
	Patient	(unverständlich) Ich verkaufe kleine Sachen.
13	Arzt	Jetzt ist es nicht geschwollen. Wenn ich jetzt das Bein untersuche, tut es dann sehr weh, daß Sie schreien müssen?
	Patient	Nein.
14	Arzt	Nicht? Sie können runterkommen. Wenn ich drücke, tut es weh?
	Patient	Ja.
15	Arzt	Es ist abends geschwollen und morgens geht es zurück?
	Patient	Morgens, wenn ich aufstehe, dann fühlt es sich irgendwie steif an.
		(Der Arzt schreibt - 10 Sek. -)
16	Arzt	War der Fuß davor verrenkt?
	Patient	Nein.
		(Pause - 30 Sek.-)
17	Arzt	Ich glaube, ich gebe Ihnen Medizin zum Einreiben.
	Patient	Ja.
18	Arzt	Für das Fußgelenk muß man eine Zeit lang etwas tun. Sie nehmen Medizin für 7 Tage ein - nein - Medizin einnehmen für 5 Tage, nicht 7 Tage, verstanden?
	Patient	Ja. (Pause - 30 Sek.-) (Der Arzt schreibt)
19	Arzt	Nachher bekommen Sie die Bandage. Sie müssen die Bandage kaufen. Wenn Sie diese bekommen haben, bringen Sie sie zur Krankenschwester und die Medizin in der Tube geben Sie ihr auch. Zuerst die Medizin auftragen, dann die Bandage wickeln.
	Patient	Der Krankenschwester geben? Wo?
20	Arzt	Vorne.
	Patient	Ja.

(Pause - 10 Sek. -)

21	Arzt	Der rechte Fuß wird gewickelt, aber ich glaube, es könnte sein, daß die Sehne ein bißchen entzündet ist oder so. Aber es ist nicht schlimm.
	Patient	Ja.
22	Arzt	Sie tragen die Medizin auf dem rechten Fuß auf.
	Patient	Ja.

(Pause - 10 Sek.)

23	Arzt	Den rechten Fuß einwickeln. Und die Füße öfters ruhen lassen. Und eine Zeitlang nicht salzig essen.
	Patient	Ja.
24	Arzt	Gehen Sie die Medizin in der Apotheke holen.

Patient: 312/03
Yuphin
weiblich, 26 J.
Arzt: männlich, 36 J.

1	Arzt	Ah, wie geht es, Frau Yuphin. Nehmen Sie bitte Platz. Frau Yuphin, wie geht es?
	Patient	Ich fühle mich nicht wohl.
2	Arzt	Mhm.
	Patient	Ich kann nicht essen. Und ich werde jeden Tag schwächer und schwächer.
3	Arzt	Mhm. Und was fehlt Ihnen noch? Haben Sie schon Kinder?
	Patient	Ja, zwei.
4	Arzt	Und und ist Ihre Monatsblutung normal? Jetzt?
	Patient	In diesem Monat habe ich sie noch nicht gehabt. Gewöhnlich hatte ich sie am 22., 23., jetzt habe ich sie noch nicht.
5	Arzt	Aha. Sie eh, wie alt ist Ihr jüngstes Kind?
	Patient	8 Jahre alt.
6	Arzt	8 Jahre. Ist das jüngste Kind schon 8 Jahre alt? Das jüngste?
	Patient	Das jüngste sieben Jahre, das älteste 8 Jahre.
7	Arzt	Und warum bekommen Sie seit dem kein Kind mehr?
	Patient	Noch nicht bekommen.
8	Arzt	Warum nicht?
	Patient	Ich weiß nicht.
9	Arzt	Ja. Machen Sie die Geburtenkontrolle?
	Patient	Früher habe ich die Pille genommen, aber jetzt habe ich aufgehört, die Pille zu nehmen.
10	Arzt	Ach so. Gut, gut. Ist Ihr Mann gesund, ist Ihr Mann gesund?
	Patient	Ja.
11	Arzt	Machen Sie den Mund auf, machen Sie den Mund weit auf! (der Arzt untersucht den Hals) Machen Sie den Mund zu, haben Sie Fieber, haben Sie jetzt Fieber? Nein, Ihr Körper ist ganz kalt. Wie ist es, was fehlt Ihnen heute?

	Patient	Mein Herz zittert, und ich fühle mich schwach.
12	Arzt	Mhm. Und was noch?
	Patient	Und früher fühlte ich mich wohl mit dem Herzen. (frei übersetzt - der Übersetzer)
13	Arzt	Mhm, mhm, gut, atmen Sie nicht. Atem anhalten! (Pause - 10 Sek. - der Arzt untersucht mit Stethoskop)
		Das Herz zittert - fühlen Sie sich müde im Herzen?
	Patient	Ja.
14	Arzt	Mhm, ach so. Können Sie gut schlafen?
	Patient	Nein.
15	Arzt	Warum nicht?
	Patient	Ich kann schlecht schlafen.
16	Arzt	Mhm. Legen Sie Ihre Hand hierher. Drehen Sie Ihre Hand und zeigen Sie bitte die Handfläche. Die Handfläche zeigen. Was arbeiten Sie?
	Patient	Ich betreibe eine Geschäft.
17	Arzt	Wo? Wo?
	Patient	In der Nähe von der Gesundheitsstation.
18	Arzt	Ach so, ach so.
	Patient	Dahinter.
19	Arzt	Wie machen es so: Sie bekommen zuerst Arznei zum Ausprobieren.
	Patient	Ja. Und was fehlt mir?
10	Arzt	Ich glaube, es hat eher mit den Nerven zu tun. Machen Sie sich Sorgen?
	Patient	Ja, ja.
21	Arzt	Mhm, warum?
	Patient	s--
22	Arzt	Mhm?

	Patient:	Ich weiß nicht, worüber ich mir Gedanken mache .
23	Arzt	Mhm, warum? Wer paßt auf die Kinder auf? Mhm, haben Sie Krach mit jemanden?
	Patient	Nein.
24	Arzt	Mhm. Sie haben keinen Krach. Versuchen Sie, alles leichter zu nehmen. Dann wird alles von selbst wieder gut, ne.
	Patient	Ja. (Der Arzt verschreibt)
25	Arzt	Fühlen Sie sich gesund? Können Sie viel essen?
	Patient	Ich esse nicht.
26	Arzt	Können Sie überhaupt nicht essen? Warum nicht?
	Patient	Ich kann nicht essen.
27	Arzt	Mhm, sie haben sie noch nicht.
	Patient	Ich möchte gern wissen, was mir fehlt.
28	Arzt	Mhm, warum?
	Patient	Weil ich meine Monatsblutung noch nicht gehabt habe.
29	Arzt	So. Sie haben sie ja erst heute, erst diesen Monat noch nicht gehabt?
	Patient	Ja.
30	Arzt	Es könnte sein, daß Sie schwanger sind. Müssen Sie sich übergeben? Sind die Brüste geschwollen? Sind sie geschwollen?
	Patient	(spricht gleichzeitig) Nein, ich kann nicht essen, ich kann nur nicht essen.
31	Arzt	So ist es, es könnte sein, daß Sie schwanger sind. Erst heute hat sich die Monatsblutung verspätet, wollen Sie noch ein bißchen warten? Warten Sie noch zwei Wochen. Falls Sie sie dann noch nicht gehabt haben, kommen Sie zur Urinuntersuchung. Dann weiß man sofort Bescheid, ob Sie schwanger sind. Was wollen Sie jetzt machen? Hm? Müssen Sie sich übergeben? Nein?
	Patient	Nein, ich kann nicht essen.

32	Arzt	(unterbricht die Patientin). Hier. Nun, Sie bekommen zuerst das Medikament zum Ausprobieren. Können Sie auch nicht schlafen?
	Patient	Nein, ich kann nicht schlafen.
33	Arzt	Sie bekommen eine Spritze.
	Patient	Ja.
34	Arzt	Hier. Zuerst das für heute. Falls Sie Verdacht haben, kommen Sie nochmal in 2 Wochen. Durch die Urinuntersuchung weiß man sofort. Bescheid, ob Sie schwanger sind, oder nicht.
	Patient	Wo muß ich jetzt hin?
35	Arzt	In die Apotheke.

Patient: 351/01
Somyot
männlich, 22 J.
Arzt: weiblich, 37 J.

1	Arzt	Sind Sie Korporal Somyot?
	Patient	Ich bin gekommen, um mich untersuchen zu lassen.
2	Arzt	Natürlich. Wie sind denn die Symptome?
	Patient	Es ist am Herz, es beengt. Manchmal ist das Klopfen normal. Ich fühle...
3	Arzt	(unterbricht Patient) Seit wann empfinden Sie das?
	Patient	Seit etwa über einem Monat, glaub ich.
4	Arzt	Über einen Monat. Ziehen Sie das Hemd aus, nehmen Sie das weg.
	Patient	Wenn wir es betrachten, sehen wir, daß es auf der Haut pulsiert. (Pause - 10 Sek.- der Arzt wartet, der Patient zieht das Hemd aus) Es pulsiert hier.
5	Arzt	Kann ich bitte mal sehen?
	Patient	Manchmal es...
6	Arzt	Wo? Ich sehe nichts.
	Patient	Es ist so, es gibt Symptome, wenn es .. (unverständlich) Es klopft.
7	Arzt	(unterbricht den Patienten) Wann haben Sie normalerweise diese Symptome? Hm. Wann treten sie auf, normalerweise?
	Patient	Meistens habe ich es ununterbrochen eine Zeitlang, es wiederholt sich. Wenn es weg ist, dann auch eine Zeitlang. Wenn es kommt...
8	Arzt	Moment, sprechen Sie bitte noch nicht. Jetzt, sprechen Sie noch nicht. (Pause - 20 Sek.- Arzt untersucht mit Stethoskop) Zeigen Sie mir bitte Ihre Hand. Es ist normal, es gibt kein ungewöhnliches Pulsieren auf der Haut.
	Patient	Doch, doch.

9	Arzt	Wann denn? Wann tritt es denn ein? Hm?
	Patient	(unterbricht den Arzt) Normalerweise klopft es wirklich stark.
10	Arzt	Ich habe Sie schon untersucht und habe nichts gefunden. Hm.
	Patient	Ich bin ..
11	Arzt	(unterbricht den Patienten) Nun, wann tritt es ein? Wann klopft es stark, wann kommt es oft vor? Hm.
	Patient	Den ganzen Tag bin ich beschäftigt, ich muß gehen. Z. B. wenn ich mit dem Auto gefahren werde.
12	Arzt	Ja?
	Patient	Wenn wir mit dem Auto zur Schulung gefahren werden.
13	Arzt	Ja?
	Patient	Fühle ich, daß es anfängt, vier-, fünfmal schnell zu klopfen, dann hört es auf. Es ist wie ..
14	Arzt	(unterbricht den Patienten) Und wie können Sie das Hemd aufmachen während der Fahrt um nachzusehen? Und wie können Sie wissen, daß die Symptome ..
	Patient	(unterbricht den Arzt) Ja, manchmal wenn ich zuhause bin, manchmal nicht wahr, ziehe ich mich aus und trage ein Lendentuch. Wenn es dann pulsiert, sehe ich runter und sehe, daß die Haut sich bewegt. (Pause - 30 Sek. - Der Arzt mißt den Blutdruck)
15	Arzt	Der Blutdruck ist in Ordnung. Das Geräusch vom Herzen beim Abhören ist auch in Ordnung. Sie sind in jeder Hinsicht gesund, wissen Sie.
	Patient	Ich habe mal jemanden gefragt, der mal krank war, er sagt, ich sei herzkrank.
16	Arzt	Ach so ist es. Nun Sie glauben ihm, nicht wahr? Oder wie ist es?
	Patient	Ja, ich glaube daran. Deswegen komme ich zur Untersuchung.

17	Arzt	(unterbricht den Patienten) So.
	Patient	Weil die Symptome sind so, daß sie nicht normal sind.
18	Arzt	Und wenn ich Ihnen sage, daß Sie nicht daran krank sind - wem glauben Sie?
	Patient	Ich glaube Ihnen. Und noch etwas. Ich werde mit dem Auto gefahren, der Fahrer hat TBC. Was soll ich tun? Ich fahre jeden Tag mit ihm zur Schule.
19	Arzt	Wird er behandelt?
	Patient	Der Kranke, der fährt das Auto. Und wenn er ißt, ißt er getrennt von den anderen.
20	Arzt	Meinen Sie, daß der Fahrer ein Dienstfahrzeug fährt?
	Patient	Er fährt einen Bus und holt uns ab.
21	Arzt	Ach so. Und woher wissen Sie, daß er TBC hat?
	Patient	Weil ein Mann bei einem Hauptfeldwebel wohnt, und der Hauptfeldwebel hat ihm gesagt, daß Yun TBC hätte. Er sollte aufpassen. Jeden Tag müssen sie getrennt ihre Mahlzeit nehmen.
22	Arzt	Können Sie nicht woanders sitzen, da wo es nicht dicht neben ihm ist?
	Patient	Nun, ich muß immer dort sitzen.
23	Arzt	(unterbricht den Patienten) Wirklich.
	Patient	Es ist wie..
24	Arzt	(unterbricht den Patienten) Ach, so müssen Sie es doch selbst vermeiden.
	Patient	Ich hätte gerne eine Impfung.
25	Arzt	Impfung?
	Patient	Ich habe mal die Impfung B.C.G. bekommen.

26	Arzt	Ja?
	Patient	Und ist die Wirkung der Impfung schon vorbei?
27	Arzt	Seit wieviel Jahren?
	Patient	Damals als ich in der Primarschule war.
28	Arzt	Primarschule?
	Patient	Ja.
29	Arzt	Ich lasse Sie halt röntgen, Sie müssen versuchen zu vermeiden; Sie müssen eben woanders sitzen. Sonst, wenn Sie neben ihm sitzen, machen Sie sich die ganze Zeit Sorgen. Sie denken dann, Mensch ich sitze neben dem TB-Krank ich habe diese und jene Krankheit. Sie sind so etwas wie leichtgläubig, nicht wahr? Wenn es so ist, machen Sie sich Sorgen, wenn Sie irgendein Anzeichen sehen, wenn Sie etwas von anderen Leuten gehört haben, glauben Sie, daß Sie das gleiche haben, nicht wahr, obwohl Ihr Körper ziemlich gesund ist. (Pause - 5 Sek.-) Ich schicke Sie halt zum Röntgen. (Pause - 5 Sek.-)
	Patient	Dauert es lange mit dem Röntgen? (Pause - 25 Sek.-)
30	Arzt	Hier nehmen Sie es. Zuerst müssen Sie ins Röntgenzimmer gehen. Nach der Aufnahme bringen Sie mir den Film hierher, ich werde ihn mir ansehen und Ihnen dann Medizin verschreiben.
	Patient	Röntgenzimmer?
31	Arzt	Ja. Röntgenzimmer. Sie müssen in diese Richtung gehen und dann in diese Richtung abbiegen, weiterlaufen, dann links abbiegen.
		(Der Patient kommt zurück)
32	Arzt	Wie bitte? Wo ist Somyot? Korporal Somyot? Er soll reinkommen, um die Medizin zu holen. (Pause - 20 Sek.- Der Arzt liest den X-Ray Bericht und schreibt auf die OPD-Karte.) (Pause - 10 Sek.-)

33	Arzt	Bei Ihnen ist alles in Ordnung; nichts fehlt. Auf dem Röntgenfilm ist auch alles in Ordnung. (Pause - 5 Sek.-) Sie denken zu viel über sich selbst nach, Sie denken dieses und jenes, und dann haben Sie alle Krankheiten.
	Patient	Das Herz klopft (unverständlich) Es klopft wirklich das Herz. (Pause - 30 Sek.-)
	---	---
	Kranken-schwester	Sind Sie Amporn Py ..?
34	Arzt	Holen Sie die Medizin in der Apotheke.
	Patient	Ich möchte sehen (unverständlich)
35	Arzt	Wie bitte?
	Patient	Ich möchte das Ergebnis des Röntgens sehen.
36	Arzt	Wollen Sie es selbst ansehen? Können Sie das?
	Patient	(unverständlich) nur daß ich sehen möchte.
37	Arzt	Sie möchten das sehen, nicht wahr? Und wenn Sie den Film mitnehmen, könnten Sie das verstehen, möchte ich Sie fragen.
	Patient	(unverständlich)
38	Arzt	Können Sie das verstehen, ha? Falls Sie das können, können Sie das sofort tun. Gehen Sie und sehen Sie nach im Röntgenzimmer. Im Röntgenzimmer, Mensch wirklich.

Patient: 841/02
Sangwian
weiblich, 38 J.
Arzt: männlich, 37 J.

1	Arzt	Nehmen Sie bitte Platz. (Pause - 2 Sek. -) Wie geht's heute?
	Patient	Ich huste, und es ist mir schwindlig. Und im Hals - der Schleim ist blutig.
2	Arzt	Gibt es Blut? Kommt viel Blut raus?
	Patient	Ein bißchen zum Schluß.
3	Arzt	Mit dem Schleim?
	Patient	Ja.
4	Arzt	(Pause - 4 Sek.-) Seit wann haben Sie diesen Blutauswurf?
	Patient	Seit gestern.
5	Arzt	Und davor - nur normaler Husten?
	Patient	Normal, mit Schleim sonst nichts.
6	Arzt	Ja. (Pause - 4 Sek.-) Tut es in der Brust weh?
	Patient	Am Anfang ja. Jetzt tut es nicht mehr weh. (Pause - 2 Sek.-) Ich habe ja seit langem gehustet.
7	Arzt	(Pause - 9 Sek.-) Tut der Hals weh?
	Patient	Nein. (Pause - 5 Sek.-) Aber es ist wie..
8	Arzt	Und Blut ist auch dabei. Ich glaube, Sie müssen die Lunge röntgen lassen.
	Patient	Ja.
9	Arzt	Ja.
	Patient	(Pause - 7 Sek.-) In solchem Abstand (Patient hustet und spuckt in den Spucknapf, damit der Arzt es es sehen kann.)

10	Arzt	Mhm.
	Patient	Es ist erst seit gestern so.
11	Arzt	(Pause - 19 Sek.-) Nachher gehen Sie zum Röntgen, damit wir genauer wissen, was Ihnen fehlt.
	Patient	Ich meine, es hat mit den Bronchien zu tun. Der Husten geht auch nicht weg.
12	Arzt	Mhm.
	Patient	Herr Doktor, bei Ihnen war ich schon zweimal, bei Dr. Ch. war ich auch schon. Es war auch so, ich war dort zweimal. Es ist nicht besser geworden. Dann kam ich ins Krankenhaus, es ist so, als hätte es etwas mit den Bronchien zu tun; als wäre etwas mit den Bronchien. Ich glaubte, es hätte etwas mit den Bronchien zu tun. Da habe ich Medizin gekauft, bekam Spritzen, aber es ist auch nicht besser geworden.
13	Arzt	Ja, ja. Nachher wissen wir genau, was Ihnen fehlt.
	Patient	(Pause - 12 Sek.-) Ich selbst vermute, daß es wahrscheinlich etwas mit den Lungen zu tun hat, aber mein Mann hat gefragt, woher ich das wisse. Dann habe ich gesagt, ich wisse es nicht. Wenn es nur Husten wäre, wäre es schon längst geheilt. Ich meine normaler Husten.
14	Arzt	Mhm.
	Patient	Es wäre schon geheilt. Ich bin kein Arzt, aber ich denke es, ich überlege. Wenn ich huste, denke ich auch daran.
15	Arzt	Daß der Arzt gesagt hat, es sei Bronchitis, das hat auch mit den Bronchien und der Lunge zu tun. Verstehen Sie? Aber es war noch nicht stark
	Patient	(unterbricht den Arzt) es ist schon seit 3 Monaten.
16	Arzt	Mhm.
	Patient	Etwas über drei Monate. Als der Husten angefangen hat, ganz am Anfang, hatte ich hier stechende Schmerzen. Wenn ich mich so umdrehte, mußte ich laut schreien.

17	Arzt	Mhm
	Patient	Danach, nachdem ich Medizin eingenommen habe, ging es weg, nicht wahr.
18	Arzt	Ja.
	Patient	Nachdem es schon weg war, habe ich Schleim gekriegt. Dieser ist weg - der stechende Schmerz hier unten, am Darm, hier.
19	Arzt	So ist es. Die Symptome sind gleich wie die von Bronchitis.
	Patient	Ja.
20	Arzt	Verstehen Sie, und die Bronchien liegen in den Lungen
	Patient	(unterbricht den Arzt) Am Anfang wollte ich mir von Ihnen eine Injektion geben lassen, mein Hals war so trocken, ich wollte nur etwas Kaltes trinken. Nachdem ich es getrunken habe, habe ich ein Gefühl gehabt, als hätte mich irgendetwas innen gestochen.
21	Arzt	Ja,ja, okay. Sie lassen die Lunge röntgen.
	Patient	Ja.
22	Arzt	Wenn Sie den Film bekommen haben, kommen Sie wieder hierher.
	Patient	Ja. (geht zum Röntgen)
		(nach dem Röntgen)
23	Arzt	Wie lange haben Sie das insgesamt?
	Patient	3 Monate.
24	Arzt	3 Monate, seit der Husten angefangen hat?
	Patient	3 Monate.
25	Arzt	Und erst jetzt mit dem Blutauswurf.
	Patient	(unterbricht) Ja.
26	Arzt	Gestern, nicht wahr? Wo wohnen Sie?

	Patient	Ich wohne
27	Arzt	In Paktho ?
	Patient	Khao Pra-ek
28	Arzt	Gibt es in dieser Gegend eine Gesundheits-station?
	Patient	Ja. Gesundheitsstation Roong Huy-nga. Es ist Huy-nga.
29	Arzt	Ist es in der Nähe, wo Sie wohnen?
	Patient	Es ist nicht sehr nah. Mit dem Bus zu fahren, kostet 1 Baht.
30	Arzt	So?
	Patient	Ja.
31	Arzt	Aber es ist näher, als hierher zu kommen, nicht wahr, und es kostet auch weniger.
	Patient	Ja.
32	Arzt	Ihre Lungen sind nicht sehr gesund (äqu. TB), aber es ist nicht sehr schlimm. Nun gebe ich Ihnen eine Spritze, Sie bekommen regel-mäßig, jeden Tag, 1 Spritze, eine Spritze.
	Patient	Herr Doktor, und hat man Ihnen das gesagt, damals. Man hat bei uns Injektion gegeben und man hat gesagt, was ich habe, sei nicht wenig, und die Injektion, die man hier bekommt, heilt nicht sehr gut. Es wäre besser, nach Bangkok zu gehen. Eine Spritze wann? Man muß viele bekommen, man hat mir gesagt, es würde nicht nur 1 oder 2 Tage dauern, sondern Monate. Man hat mir das gesagt. Man muß ins Krankenhaus kommen, 2mal, 3mal. Man hat mir gesagt, ich sollte Sie darum bitten, mir viele Spritzen mitzugeben, weil ich so weit wegwohne.
33	Arzt	(unterbricht die Patientin) So ist es. Sie müssen zuerst zuhören, was ich sage. Ich hatte noch nicht zu Ende gesprochen.
	Patient	(räuspert sich oder lacht)
34	Arzt	Sie reden unaufhörlich.
	Patient	(lacht)

35	Arzt	Verstanden?
	Patient	Ja.
36	Arzt	Sie bekommen einen Monat lang Spritzen, regelmäßig. Aber wenn Sie viele Spritzen mitnehmen, dann kostet es auch sehr viel. Nehmen Sie zuerst nur für einen halben Monat mit.
	Patient	Ja.
37	Arzt	Pro Tag 1 Spritze, 15 Tage lang. Und es gibt auch ein Medikament zum Einnehmen. Dieses Medikament zum Einnehmen müssen Sie ununterbrochen 1 Jahr lang nehmen, aber zuerst nehmen Sie es für 1/2 Monat mit, damit es nicht zu teuer wird.
	Patient	Ja.
38	Arzt	Wenn die Medizin verbraucht ist, kommen Sie nochmal zu mir, verstanden. Sie müssen regelmäßig das Medikament einnehmen und die Spritze bekommen. Das ist wichtig, aber Sie brauchen keine Angst zu haben. Es kann geheilt werden, wenn Sie die Medizin so nehmen, wie ich es sage, verstanden.
	Patient	Die Spritze kostet sehr viel.
39	Arzt	Mhm.
	Patient	Nur die Spritze, es ist ja nicht geheilt worden.
40	Arzt	Es ist nicht..
	Patient	(unterbricht den Arzt) Es ist nicht das Richtige für die Krankheit.
41	Arzt	(unterbricht die Patientin) Natürlich ist es nicht das Richtige für die Krankheit, aber diesmal werden Sie geheilt werden.
	Patient	Was Kaltes kann ich nicht essen, Eis?
42	Arzt	(unterbricht die Patientin) Ein bißchen, ein bißchen geht.
	Patient	Meist esse ich so etwas nicht, seitdem ich krank bin.

43 Arzt — Sie müssen etwas Nahrhaftes essen: Milch, Ovomaltine, z. B.; Sie müssen viel essen.

(Pause - 5 Sek.-)

Haben Sie Kinder?

(Pause - 2 Sek.-)

Kleine Kinder?

Patient — Nein.

44 Arzt — Keine Kinder?

Patient — Das Kind, das ich habe (Pause - 2 Sek. -) ist im Jahr der Ratte geboren.

45 Arzt — Hustet das Kind?

Patient — Nein, nein.

(Pause - 3 Sek.-)

Es ist schon groß. Es geht in die Schule.

46 Arzt — Nein, es ist so: Diese Krankheit ist ansteckend, verstehen Sie.

Patient — (unterbricht den Arzt) Es kommt mich nicht besuchen.

47 Arzt — Falls das Kind irgendein Symptom hat, bringen Sie es zur Untersuchung, verstanden.

(Pause - 4 Sek.-)

Nachher bekommen Sie hier eine Spritze und fragen Sie nach den anderen.

(Pause - 2 Sek.-)

Sagen Sie ihnen, daß Sie die Spritzen mitnehmen, damit Sie nicht für den Transport zahlen müssen.

Patient — Ja.

48 Arzt — Und die Medizin zum Einnehmen, nehmen Sie auch mit, verstanden. Sie müssen sie regelmäßig einnehmen. Es ist viel einzunehmen.

(Pause - 2 Sek.-)

Es ist notwendig, verstehen Sie?

(Pause - 21 Sek. -)

Das ist wichtig, daß Sie die Medizin einnehmen und die Spritze bekommen. Verlieren Sie nicht zu schnell die Geduld, manchmal nachdem man ein paar Spritzen bekommen hat und die Medizin eingenommen hat, geht es schon besser. Die Symptome sind besser. Man glaubt dann oft, daß es schon geheilt ist und hört auf mit der Behandlung.

Es ist aber doch noch nicht geheilt, verstehen Sie.

(Pause - 2 Sek.-)

Falls Sie kein Geld haben, kommen Sie ins Krankenhaus, weil das Krankenhaus dem Staat gehört.

Patient (unterbricht den Arzt)
Ich bekomme das Geld erstattet.

49 Arzt Ach so, Sie bekommen das Geld zurück?

Patient Ja.

50 Arzt Manche Leute wissen es nicht. Und wenn sie kein Geld mehr haben, hören sie mit der Behandlung auf. Die Krankheit geht dann weiter.

Patient Ich bekomme die Beihilfe.

51 Arzt Ach so, wenn Sie die Beihilfe bekommen, dann tun sie das, um dem Krankenhaus zu helfen.

(Pause - 9 Sek.-)

Sie bekommen die Beihilfe? Dann nehmen Sie gleich für 1 Monat, damit Sie nicht so oft kommen müssen. Oder haben Sie heute wenig Geld bei sich?

Patient Ich habe wenig Geld bei mir (lacht)

52 Arzt Einverstanden.

Patient Und für die Röntgenaufnahme, das waren zwei..

53 Arzt (unterbricht die Patientin)
Röntgen? An welchem Tag?

Patient Ich hatte 300, für die Röntgenaufnahme 100, jetzt habe ich noch 200.

54 Arzt Das reicht, das reicht.

(Pause - 2 Sek.-)

Wenn die Medizin fast zu Ende ist, kommen Sie gleich, warten Sie nicht, bis sie vollständig aufgebraucht ist, verstanden. Damit Sie die Medizin ununterbrochen nehmen können. Und Sie brauchen keine Angst zu haben, heutzutage kann diese Krankheit geheilt werden.

Patient Ja.

55 Arzt Aber die Behandlung dauert lange.

	Patient	(unterbricht den Arzt) Aber ich brauche nicht hierher zu kommen, um die Spritzen zu bekommen. Ich kann mir in der Gesundheitsstation die Spritzen geben lassen.
56	Arzt	Ja, es geht, es geht. Sie müssen sich spritzen lassen. Nehmen Sie es.
	Patient	Ich nehme die Medizin mit?
57	Arzt	Ja. Wenn die Medizin fast aufgebraucht ist, kommen Sie wieder, um neue zu bekommen.

Patient: 141/20
Supat
männlich, 42 J.
Arzt: weiblich, 34 J.

1	Arzt	Herr Supat Jarusiririad
	Patient	Jarusirorad
2	Arzt	Jarusirorad
	Patient	Ja. Am 6. bin ich
3	Arzt	Ja, wie bitte?
	Patient	zur Untersuchung gekommen
4	Arzt	Ach so.
	Patient	Mit den Lungen ist es schon besser geworden, aber der Schnupfen geht nicht weg; ich habe Husten vom Schnupfen. Ich möchte nachher in die Röntgenabteilung gehen. Es ist die Stirnhöhlenentzündung; ich habe so etwas mal gehabt. Ich habe Schnupfen gehabt, es war mir übel, ich habe gehustet.
5	Arzt	Nein, Sie können nicht dahin gehen. Es geht nicht mehr. Es ist schon nach 11 Uhr.
	Patient	Ich könnte als letzter Patient drankommen. Ich nehme die Akte und gehe dahin.
6	Arzt	Nein, das geht nicht. Sie nehmen niemanden mehr an. Vor 11.00 ginge es, aber nach 11.00 nehmen sie niemanden an.
7	Arzt	Wie ist es, was für Symptome haben Sie?
	Patient	Die gleichen.
8	Arzt	Ich würde sagen, mit dem Schnupfen ist es nicht so wichtig wie mit der Lunge. Wissen Sie, der Schnupfen ist eine Art von Krankheit, die Sie immer haben. Es ist Allergie vom Wetter.
	Patient	Allergie vom Wetter oder etwas Ähnliches.

9	Arzt	Die Allergie vom Wetter kann man nur so behandeln, indem man immer Medikamente einnimmt. Aber mit den Lungen, wenn sie nicht in Ordnung sind, ist es schlecht für Sie.
	Patient	Ja.
10	Arzt	Nun, Ihre Lungen sind noch entzündet.
	Patient	Jetzt noch?
11	Arzt	Sie haben noch Lungenentzündung.
12	Arzt	Am 27. waren Sie das letzte Mal geröntgt worden, nicht wahr?
	Patient	Ja,
13	Arzt	Und seitdem nicht mehr. Heute bekommen Sie nochmal eine Röntgenaufnahme. Wie ist es, nachdem Sie die Medikamente genommen haben - fühlen Sie sich besser?
	Patient	Ja, aber ich bin müde. Und wenn der Schnupfen runtergeht, passiert es so, daß die Luft vom Magen nochkommt, dann huste ich. Wenn es keinen Schnupfen gibt, aber man kann es nicht genau sagen. Manchaml habe ich nachts sehr viel Schnupfen.
14	Arzt	Darüber brauchen Sie sich keine Sorgen zu machen. Ich meine mit dem Schnupfen. Ich werde Ihnen Medikamente dafür geben.
	Patient	Ja.
15	Arzt	Aber die Sache mit Ihren Lungen ist wichtig. Lassen Sie sich eine Röntgenaufnahme machen.
	Patient	Ja. Bitte, Doktor
16	Arzt	Ist der Schnupfen dünn oder dick?
	Patient	Dünn, nie dick.
17	Arzt	Immer dünn?
	Patient	Ja, man kann sagen, es sei 'kalter Art', es sei keine 'heiße Art'. Wäre es 'heiß', wäre der Schnupfen dick. (Pause - 10 Sek. - Die Ärztin schreibt das Rezept) Und ich bin immer sehr müde.

18	Arzt	Aber ich muß Ihnen schon vorher sagen, wenn Sie das Medikament gegen Schnupfen nehmen, werden Sie schläfrig.
	Patient	Ja.
19	Arzt	Haben Sie es schon mal genommen? Fühlen Sie sich sehr müde?
	Patient	Ja, als täten mir die Knochen weh. Ich habe weniger Kraft. Wenn ich körperlich tätig bin, fühle ich mich schwach, müde.
20	Arzt	Ja, das kommt von Ihren Lungen, Lassen Sie sich nochmal eine Röntgenaufnahme machen. Ich möchte gerne wissen, wie Ihre Lungen aussehen. Ob sie schon besser sind heute.
21	Patient	Soll ich mich heute röntgen lassen?
	Arzt	Ja, heute.
22	Arzt	Seit wieviel Tagen sind die Medikamente alle?
	Patient	Die Kapseln seit 3, 4 Tagen.
23	Arzt	Die gelben und roten Kapseln?
	Patient	Ich habe..
24	Arzt	Seit 3, 4 Tagen alle?
25	Arzt	Ich habe Ihnen doch gesagt, wenn die alle sind, sollten Sie sofort kommen.
	Patient	Ich hatte nur diese Sorte Medizin.
26	Arzt	Ja, ich habe sie verschrieben und noch eine gegen Husten.
	Patient	Den Hustensaft habe ich noch, noch eine halbe Flasche. Aber dieser Hustensaft war nicht effektiv.
27	Arzt	Wie war es..
	Patient	Die mir geholfen haben, glaube ich, waren die Kapseln.
28	Arzt	Ja. Man muß sie zusammen nehmen.
	Patient	Als die Kapseln alle waren, habe ich den Saft genommen, ging ins Bett - ich konnte kaum schlafen, der löste dauernd den Schnupfen.

Patient: 141/20

29	Arzt	Sie müssen wahrscheinlich weiter die Medikamente einnehmen.
	Patient	Ja, dankeschön.
30	Arzt	Lassen Sie sich heute röntgen. Hier ist die Medizin gegen Schnupfen. Gehen Sie zu der Krankenschwester vor dem Zimmer.
	Patient	Doktor, könnten Sie mir ein stärkendes Mittel geben?
31	Arzt	Hier ist es.
	Pateint	Hier ist es? Vielen Dank, Doktor.
32	Arzt	Bitte.
	Patient	Auf Wiedersehen!

Patient: 141/08
Kaen
männlich, 59 J
Arzt: weiblich, 34 J

1	Arzt	Herr Kaen B.. Ist das richtig, der Nachname? Haben Sie Bauchschmerzen, wo tut es weh?
	Patient	Es tut hier weh. Und es tut in der Brust weh, wenn...
2	Arzt	Wo? Zeigen Sie es mir bitte.
	Patient	Hier drin.
3	Arzt	Unterhalb der Rippen, linke Seite, richtig? In der Nähe von -- wo?
	Patient	Auf beiden Seiten.
4	Arzt	Etwas oberhalb dem Nabel, stimmt es?
	Patient	Ja.
5	Arzt	Es schmerzt auf beiden Seiten? Wie lange schon?
	Patient	Es tritt dann und wann ein.
6	Arzt	So ist es . Wie lange schon?
	Patient	Ungefähr seit 2 Monaten.
7	Arzt	2 Monate? Ist der Stuhlgang schwarz?
	Patient	Ich muß Abführmittel nehmen. Ich habe Verstopfung. Normalerweise muß ich Abführmittel nehmen.
8	Arzt	Jajaja, und ist der Stuhlgang schwarz?
	Patient	Ja.
9	Arzt	Sie haben dauernd Verstopfung, stimmt's?
	Patient	Ja.
10	Arzt	Sie müssen immer Abführmittel nehmen.
	Patient	Ab und zu nehme ich einmal ein Abführmittel, ungefähr im Abstand von 1 bis 2 Monaten muß ich einmal es nehmen.
11	Arzt	Weil Sie sagen, Sie haben Verstopfung, nach wieviel Tagen entleeren Sie einmal den Darm?
	Patient	Manchmal nach 14 Tagen, manchmal nach 1 Monat.
12	Arzt	14 Tage bis 1 Monat? Wie können Sie da leben?

	Patient	Wie bitte? Es ist
13	Arzt	Entleeren Sie den Darm wirklich nicht?
	Patient	Nun, wenn ich Verstopfung habe, nehme ich nach 2 bis 3 Tagen einmal das Abführmittel.
14	Arzt	(lacht) jajaja, Sie haben meine Frage nicht verstanden: Ich habe Sie gefragt, ob Sie schon den Darm entleert haben und weil Sie gesagt haben, Sie hätten Verstopfung, nach wieviel Tagen entleeren Sie einmal den Darm. Ich habe nicht gefragt, wann Sie das Abführmittel nehmen.
	Patient	(unterbricht den Arzt) 4, 3, 2, manchmal nach 2 Tagen, manchmal nach 3 Tagen.
15	Arzt	Alle 2, 3 Tage .
	Patient	(unterbricht den Arzt) Jaja.
16	Arzt	Oder alle 2 Tage. Wenn alle 2 Tage, dann heißt es noch nicht, daß Sie Verstopfung haben. Wissen Sie?
	Patient	Ja.
17	Arzt	Vergessen Sie es nicht: wenn man alle 2 Tage den Darm entleeren kann, ist das noch keine Verstopfung. Ab mehr als 2 Tagen sagt man erst von einer Verstopfung. Und wie ist es, wenn Sie den Darm entleeren, kommt es vor, daß der Stuhlgang pechschwarz ist?
	Patient	Schwarz. Ja es kommt vor.
18	Arzt	Etwas dunkel oder pechschwarz wie das Chinesische Schwarze Gelee?
	Patient	Nein, nein, nicht so schwarz wie das Chinesische Schwarze Gelee. Nur dunkel.
19	Arzt	Etwas dunkel, ja? Haben Sie schon einmal ein blutstärkendes Mittel genommen?
	Patient	Nein.
20	Arzt	Nein. Und die Schmerzen, sind es stechende Schmerzen oder dumpfe Schmerzen?
	Patient	Dumpfe Schmerzen. Dumpfe Schmerzen und sie kommen hoch wie Wellen.

21	Arzt	Sie kommen hoch wie Wellen, stimmt es? Und müssen Sie rülpsen?
	Patient	Ja.
22	Arzt	Nachdem Sie gerülpst haben, geht es Ihnen dann besser?
	Patient	Ja.
23	Arzt	Übergeben Sie sich?
	Patient	Ja.
24	Arzt	Haben Sie Saures Aufstoßen?
	Patient	Ja.
25	Arzt	Haben Sie es?
	Patient	Wenn ich rülpse, habe ich viel Speichel. Wenn ich mich übergebe, der Speichel..
26	Arzt	(unterbricht den Patienten) Wenn es weh tat, haben Sie sich mal hingelegt?
	Patient	Ja.
27	Arzt	Nachdem Sie sich hingelegt haben, ging es Ihnen besser?
	Patient	Ja.
28	Arzt	Ist das wahr? Und haben Sie eine Wärmflasche daraufgelegt?
	Patient	Ja, das habe ich mal getan.
29	Arzt	Und es ging Ihnen besser, nicht wahr? Und normalerweise, was für ein Essen mögen Sie?
	Patient	Ich mag nicht so sehr, ich kann nicht essen. Ich habe keinen Appetit.
30	Arzt	Jaja, aber wir müssen jeden Tag essen. Was essen Sie?
	Patient	Reissuppe.
31	Arzt	Reissuppe, jede Mahlzeit?
	Patient	Abwechselnd. Wenn ich mal Lust habe, gekochten Reis zu essen, dann esse ich ihn. Die Reissuppe..
32	Arzt	(unterbricht den Patienten) Aber meistens essen Sie Reissuppe.

	Patient	Ja.
33	Arzt	Und wer hat Ihnen gesagt, Sie sollten Reissuppe essen.
	Patient	Niemand, ich esse sie von allein. Ich habe keinen Appetit auf gekochten Reis (lacht).
34	Arzt	Es läßt sich besser essen.
	Patient	Ja. Es ist erfrischender.
35	Arzt	Und wenn Sie essen, was Sie mit dem Reis essen, ist es scharf, was Sie mit dem Reis essen?
	Patient	Nie scharf. Meistens sind es Sachen aus Dosen oder ähnliches.
36	Arzt	Aus Dosen?
	Patient	Eingelegter Kohl oder Sol-Eier.
37	Arzt	Das ist es, das sind die, die Gas verursachen. Von nun an essen Sie so etwas nicht mehr.
	Patient	Ja.
38	Arzt	Essen Sie keinen eingelegten Kohl - es gibt einige Sorten Gemüse, die Gas im Bauch verursachen, z. B. eingelegter Kohl. Der Chinesische Broccoli auch, besonders bei ihren Stengeln muß man aufpassen. Essen Sie Erdnüsse gern?
	Patient	Auch gern.
39	Arzt	Ja. Sie dürfen jetzt keine Sorte von Nüssen mehr essen. Sie müssen damit aufhören, weil Sie Blähungen haben.
	Patient	Ja.
40	Arzt	Legen Sie sich hin, auf die Liege. Kann ich Sie mal untersuchen? (Pause - 30 Sek.-) Knöpfen Sie bitte auch die Hose auf. Sind Sie dünner geworden? Haben Sie abgenommen? Haben Sie sich mal gewogen? Haben Sie sich mal gewogen?
	Patient	Ich habe nicht das Gefühl, daß ich abgenommen habe.

41	Arzt	Glauben Sie, daß Ihre Hose zu weit geworden ist? Glauben Sie, daß die Hose zu weit ist?
	Patient	Ja.
42	Arzt	Viel zu weit?
	Patient	Ja.
43	Arzt	Trinken Sie viel?
	Patient	(lacht) Ich mag das nicht, nein, ich mag das nicht.
44	Arzt	Und früher?
	Patient	Früher habe ich auch nicht getrunken.
45	Arzt	Und Zigaretten?
	Patient	Ich rauche.
46	Arzt	Fühlen Sie sich oft schwach? Gibt es das?
	Patient	Ja.
47	Arzt	Wieviel Zigaretten rauchen Sie pro Tag?
	Patient	Ich die selbstgedrehten Zigaretten aus Nipa-Palmblättern mit Tabak, ich rauche keine gekauften Zigaretten.
48	Arzt	Wieviel Zigaretten pro Tag?
	Patient	Pro Tag ungefähr etwas 10 Zigaretten.
49	Arzt	Über 10 - wieviele genau?
	Patient	10, ungefähr 12, 13.
50	Arzt	Tut es hier weh? Und auch hier? Tut es auch hier weh?
	Patient	Gut, ja.
51	Arzt	Atmen Sie tief, ausatmen, - noch einmal noch einmal, - ausatmen - einatmen - ausatmen, noch einmal. Waren die Beine mal geschwollen?
	Patient	Nein.
52	Arzt	Nein. Wie ist es mit dem Urin?
	Patient	Der ist gelb.
53	Arzt	Haben Sie Schwierigkeiten beim Wasserlassen?

	Patient	Nein.
54	Arzt	Und tut es weh? Tut es weh?
	Patient	Nein, das habe ich nie.
55	Arzt	Haben Sie mal Parasiten gehabt?
	Patient	Früher habe ich Bandwürmer gehabt.
56	Arzt	Bandwürmer? Haben Sie mal nachsehen lassen, ob Sie wieder die Bandwürmer haben.
	Patient	Nein noch nicht, jetzt habe ich sie nicht mehr.
57	Arzt	Wann haben Sie die Bandwürmer gehabt? War es schon lange her?
	Patient	Ungefähr vor 2,3 Monaten.
58	Arzt	Vor 2, 3 Monaten? Was für ein Abführmittel haben Sie genommen?
	Patient	Ein normales Abführmittel, modernes.
59	Arzt	Abführmittel gegen Würmer? Oder normales Abführmittel?
	Patient	Mit dem normalen Abführmittel geht es nicht weg.
60	Arzt	Nein, es geht nicht weg, es geht nicht weg, wenn Sie ein normales Abführmittel nehmen. Sie müssen zuerst Ihren Stuhl untersuchen lassen. (Pause - 10 Sek.-) Lassen Sie Ihren Stuhl untersuchen. Wohnen Sie hier in Bangkok, nicht wahr?
	Patient	Ich wohne in Sapaan-Kwaai.
61	Arzt	Sapaan-Kwaai. Sie müssen wegen der Untersuchung des Stuhls zwei Tage hintereinander kommen. (Pause - 30 Sek.-) Wo waren Sie zur Untersuchung, wo haben Sie erfahren, daß Sie Bandwürmer haben? Oder haben sie sie selbst gesehen?
	Patient	Ich habe sie selbst gesehen.
62	Arzt	Dann haben Sie selbst das Abführmittel genommen.
	Patient	Jaja. Ich habe mich untersuchen lassen.

63 Arzt Wie oft haben Sie sie gesehen?

Patient 3-,4mal

64 Arzt Erst vor 2 Monaten?

Patient Ja.
(Pause - 25 Sek.-)

65 Arzt Jaja. Ich gebe Ihnen etwas Medizin mit. Die Magenschmerzen - es tut nicht den ganzen Tag weh, nicht wahr? Nur nachts tut es meist hier weh, stimmt das?

Patient Es tut dauernd weh. Es tut auch dauernd weh. Schon seit langem. Eine Zeitlang geht es weg dann tut es wieder weh.

66 Arzt Sie müssen regelmäßig essen.

Patient Ja.

67 Arzt Warten Sie nicht mit dem Essen, bis Sie Hunger haben. Und das Essen, das einen kräftigen Geschmack hat - sauer, scharf - und das Gas im Magen verursachen kann - alle diese Sachen dürfen Sie nicht essen. Hier geben Sie dies der Krankenschwester vor dem Zimmer. Ja, geben Sie es bei Ihr ab.

Patient Wo? Vor?

68 Arzt (unterbricht den Patienten) der Krankenschwester am Schalter.

Patient: 281/ 03
Lerd
männlich, 32 J.
Arzt: weiblich, 42 J.

1	Arzt	Nehmen Sie bitte Platz. Guten Tag. (Pause - 10 Sek.- Der Arzt liest die OPD-Karte) Sie haben Ihr Herz untersuchen lassen, und man hat nichts gefunden. Das Herz ist in Ordnung. (Pause - 5 Sek.-) Was für Symptome haben Sie jetzt?
	Patient	Ich kann nicht schlafen. Ich habe Kopfschmerzen auf beiden Seiten.
2	Arzt	Wann haben Sie das? Wann haben Sie Kopfschmerzen?
	Patient	Meistens nachmittags.
3	Arzt	Jeden Nachmittag?
	Patient	Nachts, kurz vor dem Einschlafen, wenn ich Schmerzen habe, dann kann ich kaum einschlafen.
4	Arzt	Sind sie kurzsichtig oder weitsichtig?
	Patient	Kurzsichtig.
5	Arzt	Kurzsichtig. Stark? Hat der Arzt Ihnen gesagt, wie kurzsichtig Sie sind?
	Patient	Nicht stark. Man hat etwas über 300 gemessen. (über 3 Dioptrien - der Übersetzer) (Pause - 10 Sek.-)
6	Arzt	Nachts, wenn Sie ins Bett gehen, dann haben Sie Kopfweh? Tut es nicht weh?
	Patient	Nein, es tut nicht weh, nur an manchen Tagen.
7	Arzt	Nur an manchen Tagen? Warum Sind Sie so dünn, sind Sie dünn?
	Patient	Ich nehme dauernd ab, seitdem ich diese Krankheit habe.
8	Arzt	Sie nehmen dauernd ab, seitdem Sie die Krankheit haben. Wie lange haben Sie sie schon?
	Patient	Erst seit kurzem.
9	Arzt	Seit kurzem. Sie waren erst vor einem Monat zur Untersuchung.

	Patient	Ja. Etwas über einem Monat. Ich habe diese Krankheit ungefähr seit 1 1/2 Monaten.
10	Arzt	Etwas über einen Monat.
	Patient	Schreckhaft.
11	Arzt	Sind Sie schreckhaft.
	Patient	Früher war ich schreckhaft, aber jetzt nicht mehr so.
12	Arzt	Was arbeiten Sie?
	Patient	Ich bin Lehrer.
13	Arzt	Sie sind Lehrer?
	Patient	Ja.
14	Arzt	Ach so. Sie haben abgenommen.
	Patient	Ich habe dauernd abgenommen, aber ich kann normal essen.
15	Arzt	Sie haben sich röntgen lassen, und man hat Ihnen gesagt, daß Ihnen nichts fehle?
	Patient	Ja.
16	Arzt	Wo wurden Sie geröntgt.
	Patient	Hier.
17	Arzt	Hier.
	Patient	Und auch beim Verein zur Bekämpfung der TB.
18	Arzt	Bei beiden Plätzen?
	Patient	Ja. Man hat mir gesagt, es fehlt mir nichts.
19	Arzt	Sie haben abgenommen, wissen Sie, wieviel Kilo Sie abgenommen haben?
	Patient	Innerhalb dieser 2 Monate habe ich 6 Kilo abgenommen. Ich kann normal essen, aber ich weiß nicht, warum es so ist.
20	Arzt	(Pause - 5 Sek.-) Wenn es so ist, können es zwei Krankheiten sein, (die ich in Verdacht habe) und ich werde Sie deshalb wahrscheinlich für weitere Untersuchungen bestellen müssen.

Die erste Krankheit, an die ich denke, ist die Neurose. Wie ist es, grübeln Sie viel, machen Sie sich viele Sorgen; und wegen Ihres Berufs, Ihrer Arbeit haben Sie deswegen Sorgen oder etwas anderes? Nein?

Patient Nein.

21 Arzt Läuft die Arbeit gut?

Patient Ja. Normal.

22 Arzt Sie haben keine Sorgen, nichts?

Patient Nein.

23 Arzt Haben Sie Probleme in der Familie?

Patient Überhaupt nicht.

24 Arzt Mhm, überhaupt keine Probleme?

Patient Nein.

25 Arzt Mhm, es kann doch nicht sein. Kommen Sie morgen bitte zur Blutuntersuchung. Morgen früh, wenn Sie aufstehen, essen Sie bitte nichts.

Patient Ja.

26 Arzt Sie kommen zur Blutuntersuchung.
Sind Sie schon einmal irgendwo behandelt worden?

Patient Ich war einmal im Zentralkrankenhaus wegen einer Magenkrankheit.

27 Arzt Was war mit dem Magen?

Patient Ich hatte Schmerzen.

28 Arzt Es hat dauernd weh getan und

Patient (unterbricht den Arzt) es hat weh getan. Ich wurde geröntgt, und man hat mir gesagt, es wäre nichts.

29 Arzt Nichts mit dem Magen?

Patient Nein.

30 Arzt Wie lange hat die Behandlung gedauert?

Patient Ungefähr 2 Monate. Ich habe Arznei zum Einnehmen für 2 Monate bekommen, dann ging es weg. Der Arzt hat mir gesagt, es fehle nichts.

31	Arzt	Und jetzt geht der Schmerz von selbst weg?
	Patient	Ja, schon weg. Es tut nicht weh.
32	Arzt	Die Schmerzen hörten auf vor 2 Monaten, bevor Sie so abgenommen haben? Wie jetzt?
	Patient	Ja.
33	Arzt	Aber jetzt können Sie normal essen?
	Patient	Ja, ohne
34	Arzt	Wirklich?
	Patient	Ich esse sogar mehr als sonst, aber ich bin dünner geworden, abgemagert.
35	Arzt	Dünner geworden. Entschuldigen Sie, daß ich frage: Trinken Sie oft Wasser, viel? Wie ist es mit dem Wasserlassen? Müssen Sie viel Wasser lassen?
	Patient	Wasserlassen
36	Arzt	Müssen Sie jeden Tag oft Wasserlassen?
	Patient	Jeden Tag ungefähr 5mal.
37	Arzt	Jeden Tag, tags 5mal.
	Patient	Einschließlich nachts.
38	Arzt	Einschließlich nachts.
	Patient	Ja.
39	Arzt	Haben Sie Verwandte oder Geschwister, die an Diabetes erkrankt sind?
	Patient	Nein.
40	Arzt	Nein, heißt das, sie haben keine, oder sie wissen es nicht?
	Patient	Niemand geht ja deswegen zur Behandlung.
41	Arzt	Ist es so?
	Patient	Ja.
42	Arzt	Ach so.
	Patient	Deswegen weiß ich davon nichts.

43 Arzt — Wie ist Ihr Nachname?

Patient — Y ...
(Pause - 10 Sek. -)

44 Arzt — Morgen früh, vergessen Sie es nicht. Im Moment habe ich Verdacht auf, es könnte sein, daß Sie es haben (Diabetes, Übersetzer) Morgen früh, nachdem Sie aufgestanden sind, essen Sie nichts.

Patient — Ja.

45 Arzt — Kommen Sie ins Krankenhaus.

Patient — Ja.

46 Arzt — Versuchen Sie bitte, etwas vor 8.30 da zu sein, dann gehen Sie ins Labor, auf der Rückseite dieses Gebäudes, und geben dort diese 2 Papiere ab. Sie müssen Urin mitbringen.

Patient — Ja.

47 Arzt — Es ist so: Normalerweise wenn wir aufstehen, müssen wir wasserlassen. Sie bringen etwas davon in einer Flasche mit zur Untersuchung.

Patient — Ja.

48 Arzt — Das wäre gut.

Patient — Ja.
(Pause - 10 Sek. -)
Wenn ich laufe, wird es mir schwindlig, Frau Doktor.

49 Arzt — Natürlich, es wird Ihnen schwindlig.

Patient — Ja , es wird mir schwindlig.

50 Arzt — Jetzt sind Sie sehr dünn, wissen Sie. Ihr Körper macht nicht mit. Ich muß die Ursache herausbekommen. Es ist sicher, daß Sie keine TBC haben, nicht wahr? Sie haben sich schon röntgen lassen.

Patient — Ja.

51 Arzt — Sie wurden mal geröntgt, aber hier drauf wurde es nicht vermerkt. Überhaupt nicht, ich sehe nichts.

Patient — Ich weiß nicht, warum.
(Pause - 5 Sek.-)
Nach dem Röntgen habe ich das Ergebnis direkt zur Herzabteilung gebracht.

52	Arzt	Ach so. Sie sind direkt in die Herzabteilung gegangen?
	Patient	Ja.
53	Arzt	Damals, warum? (Pause - 20 Sek.-) Knöpfen Sie bitte Ihr Hemd auf. Schlucken Sie. (Pause - 20 Sek.-) Sie sind schreckhaft.
	Patient	Jetzt geht es schon besser.
54	Arzt	(unterbricht den Patienten) Es geht besser, weil Sie die Medizin genommen haben.
	Patient	Vor drei, vier Monaten war es schlimm.
55	Arzt	Vor drei, vier Monaten war es schlimm. Sie haben das Medikament genommen.
	Patient	Ja. Ich konnte kaum etwas hören, kaum einen Lärm und ich bin schon erschrocken.
56	Arzt	Oh. (Pause - 5 Sek.-) Der Arzt bei Ihrem ersten Besuch hat er Ihren Blutdruck gemessen, er ist nicht zu hoch? (Pause - 20 Sek.-)
	Patient	Aber ich träume sehr viel, ich träume so viel, daß ich Kopfweh bekomme, wenn ich aufstehe.
57	Arzt	Es ist ein Symptom, es ist ein Zeichen, daß Sie unter seelischer Belastung stehen, verstehen S
	Patient	Ja.
58	Arzt	Deswegen frage ich Sie, ob Sie Probleme bei der Arbeit oder in der Familie haben? Das ist die seelische Belastung.
	Patient	Ja.
59	Arzt	Es ist in Ihrer Seele.
	Patient	Ja.
60	Arzt	Dadurch werden sie nervenkrank. Wenn Sie Symptome von Nervenkrankheit haben, könnte es sein, daß Sie deswegen abnehmen. Wonach ich jetzt suche, ist die organische, die organische Krankheit, verstehen Sie.

Patient Ja.

61 Arzt Es gibt organische Krankheiten, die diese Symptome verursachen können. Aber wenn wir hier nichts finden, können wir direkt in eine Richtung suchen, und zwar bei den Nerven. Nun die Behandlung, die man Ihnen gegeben hat, war nur für die Nervenkrankheit, verstehen Sie. (Pause - 35 Sek.-)

Ich gebe Ihnen Arznei zum Einnehmen. (Pause - 10 Sek.-)

Nachdem Sie die Medizin genommen haben, haben Sie dann weniger geträumt?

Patient Ich wurde geheilt, nachdem ich die Medizin eingenommen habe, die man mir beim ersten Mal verschrieben hat.

62 Arzt Medizin beim ersten Mal. Beim zweiten Mal ging es nicht besser?

Patient Nein, aber mir wurde nicht mehr schwindlig. Mir wurde nicht mehr schwindlig beim Aufstehen.

63 Arzt Ach so. (Pause - 10 Sek.-)

Ich glaube, es ist eher neurotisch. Ich glaube.

Patient Ja.

64 Arzt Haben Sie wirklich keine Probleme bei Ihrer Arbeit?

Patient Überhaupt nicht. Es ist normal.

65 Arzt Normal.

Patient Aber ich habe Sorgen wegen meiner Krankheit. Als ich abgenommen habe, als es ungewöhnlich war, kam ich zur Behandlung ins Krankenhaus wegen Magen- und Darmkrankheiten. (Pause - 10 Sek.-)

66 Arzt Ihr Blut wird untersucht werden, und Sie werden einen Termin für das Ergebnis der Blutuntersuchung bekommen. An diesem Tag bringen Sie mir das Ergebnis. Hier das ist für das Labor, am anderen Ende drüben. Das Medikament, das Sie jetzt bekommen, ist nur zum Einnehmen, damit es Ihnen nicht schlechter geht. Das Medikament der einen Sorte ist zum Einnehmen, bevor Sie ins Bett gehen, die andere Sorte nehmen Sie dreimal täglich nach dem Essen ein.

entnommen: SCHNEIDER, 1974, S. 40

Weder als konsistent freundlich noch unfreundlich beschrieben, hat der Beobachter dennoch den Eindruck, daß der Arzt den Patienten persönliches Interesse entgegenbringt. Er ermuntert, gibt Erklärungen sowie Ratschläge, und es hat den Anschein, daß es ihm gelingt, die Ängste der Patienten zu vermindern. Einiges deutet darauf hin, daß er dies in einer für Statushohe als jovial-vertraulich zu bezeichnenden Art und Weise durchführt. Die hohe Ladung, die dieser Arzt auch auf Faktor IV hat, stützt diese Interpretation. Dazu ein Konsultationsgespräch, das er mit einem 43jährigen buddhistischen Mönch führte:

Dr. : Monk T., please come this way. How many days have you had it? Just a moment... A moment. Headache. Muscleache ... cannot sleep.

P. : I cannot sleep.

Dr. : You are fourty-three. Let me ask you one question. How long have you been in monkhood?

P. : ... I have been in the monkhood for six terms.

Dr. : Six terms. So you have entered the monkhood when you were thirtyseven.

P. : It was in B.E. Twentyfive...

Dr. : Did you have a family before you entered into monkhood?

P. : No.

Dr. : No?

P. : I never got married.

Dr. : You know why I ask? Because I notice men like to escape into monkhood leaving behind their families to struggle for their own lives.

P. : I see.

Dr. : And I ask them "why?"; I always ask them "How come you have gone to monkhood? You are fifty now." ... "To lazy to earn living!"... "What about your wife children?" ... "They will earn for themselves!" they always answer me like this, you know. So I always ask. Seeing monks at over middle age I always ask them.

P. : I don't have any.

Dr. : It's good not to have. No burden.

P. : Right.

Dr. : You haven't yet been checked you blood pressure. (doctor to nurse: "Tell S. to come to check his blood pressure". Doctor uses stethoscope at throat) [1] Enough... That's it. Just let me listen to only here. Heart... Now, would you lie on the bed. Just a moment. Check blood pressure first (patient lies on examination bed).

Dr. : (doctor addresses another patient)

Nurse (N) : (checks monk's blood pressure. Doctor leaves room) One hundred. One hundred and sixty to ninety? Yes. What's your name?

P. : T. (patient tells his name)

N. : No... This card... I see... You can leave the bed now.

P. : ...

N. : Yes, please get up and sit down here.

N. : (nurse addresses another monk) Monk L., you have stomach-pain?

Second P. : Stomach-pain.

N. : (to second patient) Please lie on the bed and open up the belly. Wait for a moment. Doctor will come back in a minute.(To first patient):Please sit down here.

Dr. : (doctor comes in and coughes) Please excuse me... (doctor writes prescription)

N. : Please follow me

Dr. : ... follow her.

Selbst in dem Gespräch mit einem buddhistischen Mönch, der sich durch seinen besonderen Status von den meisten Patienten unterscheidet, läßt sich eine Besonderheit dieses Arztes erkennen. In seine diagnostischen Überlegungen scheint er die Lebenssituation des Patienten mit einzubeziehen. Dabei scheut er sich nicht,seine persönlichen Ansichten in Bewertungen und scherzhaften Bemerkungen kundzutun. Verhaltensweisen also, die bei thailändischen Patienten und dem Beobachter, unangenehme Gefühle auslösen können.

1) Wir geben die folgenden Konsultationsauszüge so wieder, wie sie die thailändischen Übersetzer in der ihnen eigenen englischen Sprechweise anfertigten. In Klammer stehen Bemerkungen des Beobachters zum Konsultationsverlauf.

Lebenslauf

11. 2.1940	geboren in Kurtwitz/Schlesien
Sept. 1945	Einschulung in die Volksschule Gröningen/Sachsen Anhalt
Sept. 1950	Volksschule Mörstadt/Rheinhessen
April 1951	Übergang in das mathematisch-naturw. Gauß-Gymnasium Worms
März 1961	Abitur am Gauß-Gymnasium Worms
Mai 1961	Studienbeginn an der Universität des Saarlandes in den Fächern Rechtswissenschaft und Psychologie
Nov. 1963	Diplom-Vorprüfung in Psychologie
Jan.-Juli 1964	Gasthörer an der London School of Economics in London
1966	Volontärassistent in einem Forschungsvorhaben der sozial-psychologischen Forschungsstelle für Entwicklungsplanung an der Universität des Saarlandes zur Evaluierung technisch-gewerblicher Ausbildungsstätten in Thailand
März 1969	Diplom-Hauptprüfung in Psychologie an der Universität des Saarlandes
seit 15.3.69	wissenschaftlicher Mitarbeiter/Angestellter an der sozial-psychologischen Forschungsstelle für Entwicklungsplanung an der Universität des Saarlandes